

**Topsharing als Möglichkeit der  
Frauenförderung in Kaderpositionen in der  
Ärzeschaft im Inselepital  
Erarbeitung einer Handlungsempfehlung**

**Masterarbeit**

eingereicht im Rahmen des Studiengangs  
**EMBA in Ökonomie und Management im Gesundheitswesen**  
am Departement Wirtschaft der Berner Fachhochschule

vorgelegt von **Dr. med. Kristina Tänzler**

Referent/Referentin **Prof. Anja Habegger**

Korreferent/Korreferentin **Prof. Bianca Tokarski**

Studienleiter/Studienleiterin **Prof. Bianca Tokarski**

Datum des Einreichens **08. April 2020**

# Inhalt

<b>Management Summary</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Ausgangslage</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Problem- und Zielformulierung</b> .....	<b>9</b>
<b>4. Abgrenzung</b> .....	<b>10</b>
<b>5. Methodik</b> .....	<b>11</b>
<b>6. Theoretischer Teil</b> .....	<b>13</b>
6.1. Einleitung.....	13
6.2. Arbeitszeitflexibilisierung .....	14
6.3. Teilzeitarbeit bei der Ärzteschaft .....	17
6.4. Jobsharing .....	19
6.5. Der Führungsbegriff.....	20
6.6. Topsharing.....	25
<b>7. Empirischer Teil</b> .....	<b>28</b>
7.1. Einleitung.....	28
7.2. Vergleich weiblicher Kaderärztinnen an allen Universitätskliniken der Schweiz ...	29
7.3. Auswertung Fragebogen .....	31
7.4. Interviews mit Best Practice-Beispielen.....	42
7.4.1. Ergebnisse aus dem Interview mit Dr. med. Annette Ringger und Dr. med. Ramona Cecini, Leitende Ärztinnen und Stv. Chefärztinnen Chirurgie im Bürgerspital Solothurn .....	42
7.4.2. Ergebnisse aus dem Interview mit Dr. med. Stefanie von Orelli, Klinikdirektorin und Chefärztin Gynäkologie im Stadtspital Triemli, Zürich .....	46
7.4.3. Fazit der Interviews mit Best Practice-Beispielen .....	51
7.5. Ergebnisse aus dem Interview mit Prof. Dr. med. Martin Fiedler, Ärztlicher Direktor des Inselspitals Bern und Direktor des Universitätsinstituts für Klinische Chemie des Inselspitals.....	51
<b>8. Handlungsempfehlungen</b> .....	<b>55</b>
8.1. Handlungsempfehlungen an die Spitalleitung des Inselspitals .....	55
8.2. Handlungsempfehlungen an die Klinikdirektorinnen und -direktoren des Inselspitals.....	56
8.3. Handlungsempfehlungen an die Universitätsleitung der Universität Bern .....	57
<b>9. Fazit</b> .....	<b>59</b>
<b>10. Reflexion</b> .....	<b>60</b>
<b>11. Erklärung</b> .....	<b>61</b>
<b>12. Quellen</b> .....	<b>62</b>
12.1. Literatur.....	62
12.2. Fachzeitschriften.....	62
12.3. Internet.....	63
12.4. Interviewpartner .....	64
12.5. Abbildungsverzeichnis .....	64
12.6. Tabellenverzeichnis .....	65
<b>13. Anhang</b> .....	<b>66</b>
13.1. Interviewfragen Cecini/Ringger und von Orelli.....	66
13.2. Interviewfragen Fiedler .....	66

## Management Summary

Die Insel Gruppe ist einer der zehn grössten Arbeitgeber im Kanton Bern, allein im Inselspital arbeiten über 2000 Ärztinnen und Ärzte. Wo in der Universitätsklinik bei der untersten Hierarchiestufe – den Assistenzärztinnen und -ärzten – die Frauen in der Überzahl sind, sinkt die Anzahl Ärztinnen je weiter oben die Hierarchieleiter betrachtet wird. Bei den Chefärztinnen sind es nur noch gut 10 % (Daten vom HR-Reporting Inselspital, Stand Ende 2018). Da in die Aus- und Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzten viel Zeit aber auch Geld investiert wird, stellt sich die Frage, weshalb die Ärztinnen mit all ihren Qualifikationen auf der Karriereleiter verloren gehen. Es gibt dafür verschiedene Erklärungen wie u.a. Mutterschaft, Übernahme von Familienverpflichtungen und Teilzeitarbeit. In dieser Doppelrolle hat oftmals die Forschung als Voraussetzung für eine Habilitation einfach keinen Platz mehr. Es ist jedoch längstens bekannt, besonders beim aktuellen Fachkräftemangel u.a. bei den Ärzten, dass dieser Verlust des Humankapitals grosse Einbussen auf verschiedenen Ebenen mit sich bringt. Es ist einerseits aus Gleichstellungsgründen für die Chancengleichheit aber andererseits auch hinsichtlich der heranwachsenden Generationen, welche grossen Wert auf die Work-Life-Balance legen, wichtig, die Ärztinnen bis in die obersten Positionen zu bringen und als Unternehmen von ihren Qualitäten, ihrer Erfahrung und ihrem Wissen zu profitieren. Auch wird die gelebte Familienfreundlichkeit ein immer wichtigerer Aspekt für ein positives Employer Branding.

Da es immer noch mehrheitlich die Frauen sind, die nach der Familiengründung in Teilzeit arbeiten, sind Arbeitszeitmodelle erschaffenswert, die diese Ärztinnen auch in Teilzeit bis ganz an die Spitze bringen. Das Topsharing als Teamwork an der Spitze mit gemeinsamer Führungsfunktion wurde in dieser Arbeit als Möglichkeit der Frauenförderung in Kaderpositionen beleuchtet. Denn hier besteht einerseits sehr viel Potential, die Doppelrolle als Mutter und Ärztin erfolgreich zu tragen, andererseits finden sich im Topsharing auch für den Betrieb mehr Vorteile als Nachteile. Nicht zuletzt, weil er so zwar zwei Teilzeitbeschäftigte hat, jedoch zwei à 100 % denkende Köpfe.

Methodisch wurde das Job- und Topsharing mit seiner Führungsfunktion entsprechend der Literatur näher beschrieben, im Anschluss wurden die theoretischen Konzepte an der Realität geprüft. Dazu wurden die Meinungen der Chefärztinnen und -ärzte des Inselspitals mittels Fragebogen eingeholt und Best Practice-Beispiele interviewt. Die Ergebnissen wurden schliesslich noch im Interview mit einem Entscheidungsträger geprüft, um die Handlungsempfehlungen als Ziel dieser Arbeit in der Realität durchführbar zu gestalten.

In der Literatur werden klare Voraussetzungen und Regeln beschrieben, die Voraussetzung sind für ein funktionierendes Führungsduo, das Topsharing. Es wird auch klar beschrieben, dass die Führungsfunktion in Ressorts aufgeteilt werden muss und diese Ressorts nach aussen für die Angestellten transparent sein müssen, damit die Doppelführung funktionieren kann. Die Kommunikation als Hauptfaktor muss also nach aussen, aber auch nach innen hervorragend funktionieren.

Leider ist die entsprechende Literatur im Gesundheitswesen mit seinen Eigenheiten im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen nur spärlich vorhanden, die bestehende Forschung zu dem Thema kann jedoch trotzdem hergenommen werden. Insbesondere die Wichtigkeit der Kommunikation haben die Best Practice-Beispiele in den Interviews betont. Das Topsharing bedingt uneingeschränktes Vertrauen, Respekt und konstanten Austausch.

In der Umfragen beim obersten ärztlichen Kader des Inseleospitals zeigte sich eine bereits bestehende Bereitschaft, ein Topsharing ins Auge zu fassen, respektive gibt es bereits etliche Führungspersonen, die sich dies vorstellen könnten oder sogar wünschen würden. In den Interviews zeigte sich als Hauptfaktor für mögliche Veränderungen, dass ein Kulturwandel vonnöten ist. Denn einige der aktuellen Entscheidungsträger sind vom herkömmlichen Sozialisierungshintergrund mit der klassischen Frauenrolle als Hausfrau und Männerrolle als Familienoberhaupt und Ernährer stark geprägt und es fehlt ihnen noch an der Offenheit für Sozialinnovationen. Damit sich dies aber ändern kann, braucht es zwingend ein Umdenken, eben ein Kulturwandel.

In dieser Masterarbeit kann gezeigt werden, mit welchen Anpassungen bei der Spitalleitung, bei den Klinikdirektorinnen und -direktoren und auch der Universitätsleitung das Topsharing als Möglichkeit der Frauenförderung in Führungspositionen bei den Ärztinnen fungieren kann. Diese Anpassungen wurden als Handlungsempfehlungen formuliert, welche sich aufgrund der Theorie als auch der Empirie herauskristallisiert haben.

# 1. Einleitung

*«Ein Vater und ein Sohn unternehmen eine Gummibootfahrt auf der Aare. Bei der Uttiger Schwelle kurz nach Thun passiert das Unglück: Das Boot kentert. Der Sohn schlägt mit dem Kopf auf einen Stein auf und wird bewusstlos von Badenden aus dem Wasser gezogen und mit der Rega nach Bern ins Inselspital geflogen. Dort wird eine lebensgefährliche Schädelfraktur festgestellt und der Sohn wird sofort in den Operationssaal gebracht für die neurochirurgische Notoperation. Eine Koryphäe auf dem Gebiet der Neurochirurgie macht sich bereit, betritt den Operationsaal, sieht den Verletzten und sagt: «Das ist mein Sohn! Ich kann ihn nicht operieren.»*

Quelle: basierend auf Lilian Fankhauser, Co-Leiterin der Abteilung für Gleichstellung der Universität Bern, Artikel im VITA Magazin der Insel Gruppe AG, 04/2018

Wer beim Lesen dieser Geschichte gedacht hat, da kann etwas nicht stimmen, kennt die Normalität in Krankenhäusern der Schweiz: Kaderpositionen werden von Männern besetzt und nicht von Frauen wie in dieser Geschichte der Mutter des Verletzten.

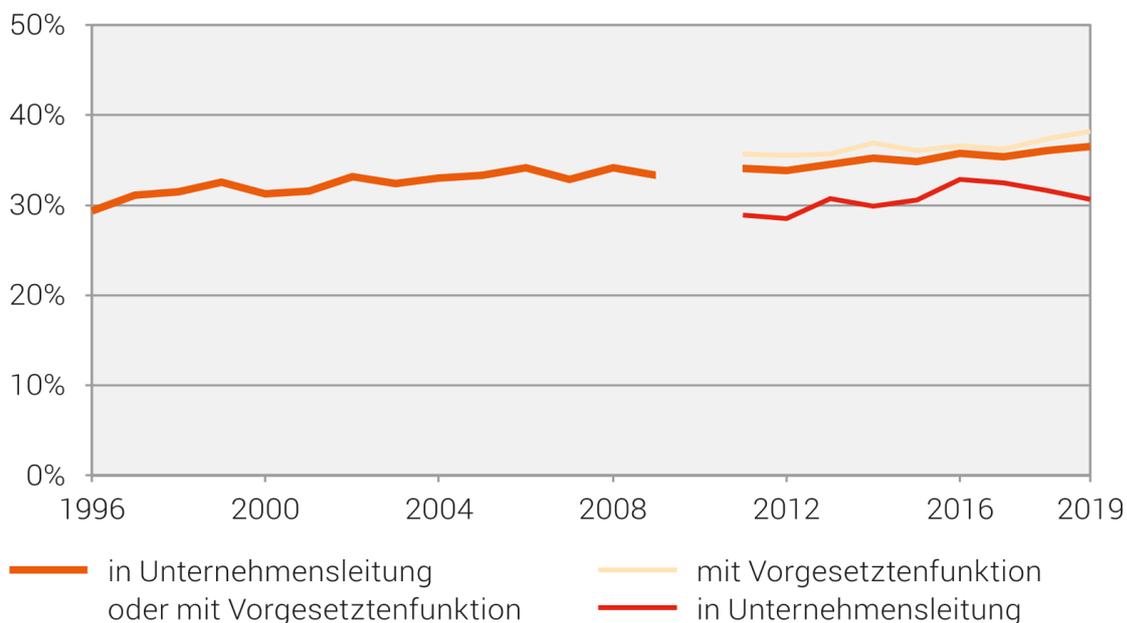
Die deutlich tiefere Anzahl weiblicher Kaderpersonen in der Ärzteschaft an den Universitätskliniken der Schweiz, welche sich trotz Bemühungen in den letzten Jahren nur unwesentlich erhöht hat, hat die Autorin schon lange beschäftigt. Daraus entstand die Motivation, eine Masterarbeit zur Möglichkeit der Förderung der Ärztinnen in Kaderpositionen im Inselspital zu schreiben. Der Fokus auf das Inselspital wurde von der Autorin gewählt, da während der über elfjährigen ärztlichen Tätigkeit als aktuell Spitalfachärztin im Inselspital vielfältige persönliche Erfahrungen mit dem männlichen Führungsstil und Selbstverständnis gemacht und Verbesserungspotential erkannt wurden. Als erfolgsversprechendste Möglichkeit, die Frauenquote zu erhöhen, hat die Autorin das Topsharing gesehen. Denn aus eigener Erfahrung als zweifache Mutter und Ärztin in langjährigem Jobsharing, sind der Autorin die mannigfaltigen Vorteile einer geteilten Stelle bestens bekannt und das Potential für den Arbeitgeber ist – auch bei Berücksichtigung der Nachteile – in vielfältiger Hinsicht sehr gross.

## 2. Ausgangslage

Seit 2005 sind die weiblichen Absolventinnen des Humanmedizin-Studiums in der Schweiz konstant in der Überzahl, aktuell sind es rund 60 %. Dagegen ist der Prozentsatz der Frauen in Führungspositionen in der Ärzteschaft der Schweiz bereits ab Stufe Oberärztin tiefer (47.9 %) und sinkt mit steigender Hierarchiestufe deutlich (Leitende Ärztin 24.5 %, Chefärztin 12.4 %) (Hostettler / Kraft 2019, S. 414). Dieselbe Situation zeigt sich auch im Inselspital: Die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte zeigt sich ausgeglichen, nämlich 52 % männlich und 48 % weiblich. Wo bei den Oberärztinnen und -ärzten die Verteilung noch bei 224 Vollzeiteinheiten (VZE) Frauen vs. 256 Männer ist, besteht bereits auf der Stufe Leitende Ärztinnen / Ärzte ein Missverhältnis von 13 vs. 39 VZE, auf der Stufe Chefärztinnen / Chefärzte sogar 4 vs. 35 VZE, was lediglich einem Anteil von gut 10 % Frauen entspricht (Daten vom HR-Reporting Inselspital, Stand Ende 2018). Betrachtet man die Situation in der gesamten Arbeitswelt der Schweiz, sieht es entsprechend dem Bundesamt für Statistik in der Analyse des Jahres 2019 etwas besser aus mit gut 30 % Frauen in der Unternehmensleitung:

### Frauen in Führungspositionen

Frauenanteil an allen Arbeitnehmenden ab 15 Jahren



2010: Serienbruch infolge Umformulierung der Frage nach der Stellung im Beruf. Wenn auch die Umformulierung Anfang 2010 eingeführt wurde, ist diese für die gesamte Stichprobe erst ab dem 1. Quartal 2011 gültig. Die Daten 2010 werden deshalb nicht veröffentlicht.

1996–2009: Durchschnitt 2. Quartal, ab 2010: Jahresdurchschnittswerte

Abbildung 1. Quelle: BFS – Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2020

Es gibt vielfältige Gründe für diese tiefe Quote der Frauen in Führungspositionen im Allgemeinen und wohl zusätzliche Gründe für die noch tiefere Quote in der Ärzteschaft in der gesamten Schweiz. Dazu gehören unter anderem:

- die Abwesenheit vom Arbeitsplatz wegen Mutterschaft mit Mutterschaftsurlaub
- die Übernahme eines Grossteils der Familienpflichten (s. Abbildung 2)
- die teilweise ungenügende und kostenlastige externe Familienbetreuung bei einem arbeitnehmerunfreundlichen Schweizer Schulsystem meist ohne Blockunterricht, Mittagstisch oder Ganztageschulen
- die Benachteiligung der Teilzeitarbeitenden bei Beförderungen in höhere Positionen
- eine weitere Hypothese in der Literatur sind möglicherweise bestehende typisch weibliche Eigenschaften wie ein häufigeres sich selbst Hinterfragen und eine weniger stark ausgeprägte Forderungshaltung

### Hauptverantwortung für die Hausarbeit in Paarhaushalten 2013

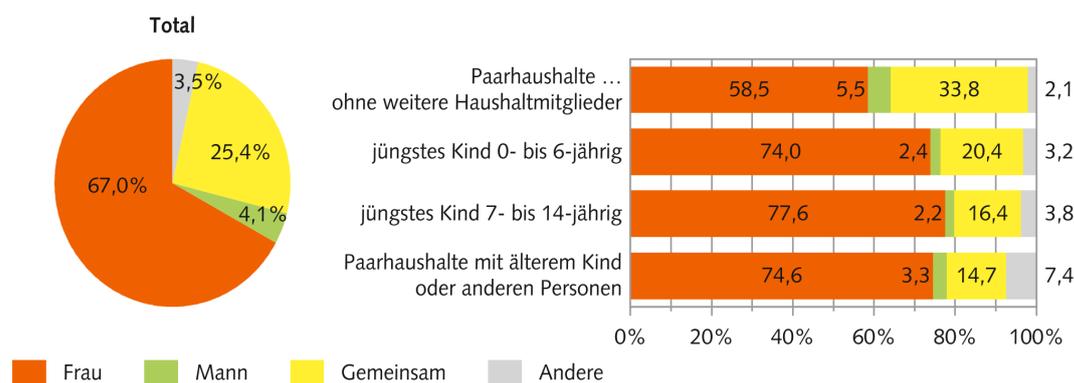


Abbildung 2. Quelle: BFS - Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2014

Laut Ritz / Thom (S. 179 – 181) gibt es noch weitere Gründe:

- Geringere Vernetzung, Visibilität und Zahlungsbereitschaft für Anwesenheit an Netzwerkanlässen: Männer sind da in der Überzahl
- Bescheidenheit und Sicherheitsdenken: Stärkere kritische Selbstreflexion und geringere Risikobereitschaft bei Unsicherheiten verbunden mit Mandat als Kaderperson
- Geringer Anteil von Frauen in Führungspositionen: fehlende Lobby
- Vorurteile und Suche: Geläufige Mittel und Methoden ungeeignet um potentielle weibliche Kandidaten zu finden, da anderes Sozial- und Gemeinschaftsverhalten
- Token-Status von Frauen: Da geringe Anzahl Frauen in Führungspositionen, sind diese stärker exponiert, Fehler werden rasch auch mit dem Geschlecht in Verbindung gebracht

- Old-Boys-Netzwerke: Nachfolger / Neubesetzungen laufen häufig über persönliche Netzwerke und Beziehungen, Frauen sind da untervertreten oder gar abwesend
- Genderbias: Darstellungen und Formulierungen, durch die man nur an ein Geschlecht denkt, respektive vermeintlich geschlechtsspezifische Rollen zuschreibt

Im Spitalwesen, insbesondere in den Universitätsspitalern, kommen weitere Faktoren dazu wie das traditionelle patriarchalisch-hierarchische System in der Medizin mit einseitiger Förderung der Vollzeitarbeitenden. Beispielsweise wird die Klinik bei wichtigen Kongressen oft von Teilzeitarbeitenden «gehütet», während die anderen dem Kongress beiwohnen können. Des Weiteren bestehen die fehlende Forschungszeit während der Mutterschaft und anschliessende Benachteiligung bei Teilzeitarbeit, die Benachteiligung beim Habilitationsverfahren durch «Zeitverlust» bei Mutterschaft und möglicherweise Teilzeitarbeit, ungenügende Sensibilisierung der Kommissionsmitglieder und -präsidenten der Nachfolgekommisionen trotz Teilnahme einer/-es Gleichstellungsbeauftragten, fehlende Akzeptanz für Topsharing bei vielen Chefärzten und ein teilweise behinderndes Universitätsreglement für Jobsharing bei Professuren mit festgesetztem Verlust der Teilzeitstelle bei Abgang der/des einen Partners/in sofern die Stelle nicht zu 100 % übernommen werden kann. Und schliesslich fehlen oft einfach auch Vorbilder, an denen man sich orientieren könnte, respektive bei denen die Akzeptanz gesteigert werden könnte.

Da einige dieser Gründe auf gesellschaftlichen Normen gründen und daher nicht so rasch und einfach verändert werden können, da sie eines grundsätzlichen gesellschaftlichen und auch politischen Umdenkens bedürften, stellt sich die Frage, wie der Kulturwandel zustande kommen könnte. Mit der in der heutigen Gesellschaft leider noch bestehenden Realität, dass Frauen in der Regel einen Grossteil der Familien- und Haushaltspflichten übernehmen und somit diejenigen sind, die Teilzeit arbeiten, ergibt sich eine Möglichkeit zur Steigerung der Frauenquote in Kaderpositionen in der Ärzteschaft in einem Jobsharing, dem sogenannten Topsharing.

Dieses Topsharing bedeutet, dass sich zwei Personen in reduziertem Beschäftigungsgrad eine Stelle teilen. Sie teilen sich einerseits die gemeinsamen Fachaufgaben, andererseits aber auch die gemeinsame Führungsverantwortung. Selbstverständlich ist das Topsharing zunehmend auch für Männer attraktiv und sollte möglich sein, denn entsprechend einer Umfrage des VSAO Bern haben auch männliche Ärzte vermehrt den Wunsch nach Reduktion des Arbeitspensums, nämlich rund 30 %, dies vor allem im stationären Sektor (Hess 2016, S. 13; Abrell 2015, S. 21).

### 3. Problem- und Zielformulierung

Trotz Ausbildung von mehr weiblichen als männlichen Ärzten fehlen diese Frauen stark in den obersten Kaderstufen der Schweizer Spitäler. So auch im Inselspital, wo der Anteil an Chefärztinnen gut 10% beträgt. Dies obwohl sich die Universität zum Ziel gesetzt hat, den Anteil an ordentlichen und ausserordentlichen Professuren bis 2020 auf 25%, bei den Assistenzprofessuren sogar auf 40% zu erhöhen (Aktionsplan Gleichstellung 2017 – 20 der Universität Bern). Die Medizinische Fakultät hat sich sogar das Ziel gesetzt, bis 2019 30 % der Professuren mit Frauen zu besetzen (Gleichstellungsplan Medizinische Fakultät 2016 – 2018/19).

Diese Masterarbeit hat das Ziel, das Topsharing als Möglichkeit der Frauenförderung in Kaderpositionen der Ärzteschaft im Inselspital näher zu untersuchen. Die konkrete Fragestellung dieser Arbeit lautet, ob das Topsharing eine geeignete Möglichkeit ist, die Frauenquote in Leitenden Funktionen inklusive Klinikdirektor- und Chefarzt-Position zu erhöhen. Dies auch im Sinne des Gender Diversity Managements.

Durch Beantwortung dieser Frage sollen Handlungsempfehlungen zuhanden der Spitalleitung des Inselspitals, zuhanden der Klinikdirektorinnen und -direktoren sowie der Universitätsleitung Bern erstellt werden, wie und unter welchen Bedingungen das Topsharing idealerweise implementiert werden könnte, um den Anteil weiblicher Personen zu erhöhen.

## 4. Abgrenzung

Aktuell ist das Thema Gender Diversity auch in den Medien hoch im Kurs. Insbesondere im Zusammenhang mit dem Inselspital wurde aufgrund eines Rechtsfalls einer Oberärztin der Anästhesie oft in mehr oder weniger objektiver Weise über das Thema der fehlenden Frauen in ärztlichen Kaderfunktionen geschrieben. Es sind von Seiten Universität und Spitalleitung bereits einzelne Massnahmen getroffen worden und es gibt weitere Ideen und Bemühungen. Diese sollen hier weder bewertet noch abgewertet werden.

Die vorliegende Arbeit hat den Fokus auf das Topsharing als Massnahme zur Frauenförderung in der Ärzteschaft gerichtet. Sicherlich gibt es auch andere Möglichkeiten der Frauenförderung, welche hier aber nicht näher beurteilt werden sollen.

Der Fokus dieser Masterarbeit richtet sich ausschliesslich auf die Situation in höheren Kaderpositionen der Ärzteschaft - namentlich nicht auf die Ebene der Oberärztinnen und -ärzte - sondern auf die Ebene Chefärztinnen und -ärzte und Klinikdirektorinnen und -direktoren.

Andere Berufsgruppen werden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt, insbesondere nicht die Pflege, wo traditionsgemäss viele Frauen tätig sind und diese schon lange in Führungspositionen bis in die Position Pflegedienstleitung befördert werden.

Auch sprechen die Resultate dieser Arbeit nicht zwingend für andere Schweizer Spitäler oder Unikliniken oder gar Kliniken ausserhalb der Schweiz.

## 5. Methodik

In einem ersten Schritt wurde eine Literaturrecherche zum Thema Jobsharing in Führungsfunktionen mit spezifischer Suche nach Topsharing (= Jobsharing in Kaderpositionen mit Führungsaufgaben) durchgeführt. Dabei wurden auch der Führungsbegriff an und für sich und Führung in Teilzeit als Suchfaktoren verwendet. Die Recherche erfolgte einerseits im Internet, andererseits in Fachjournals und Lehrbüchern zum Thema Human Resource, Personalmanagement, Führung und Topsharing. Dabei wurde in der Datenbank PubMed in den Medizinischen Journals spezifisch nach Beiträgen zu Job- oder Topsharing im medizinisch-ärztlichen Umfeld gesucht.

Mittels der gefundenen Literatur wurde im theoretischen Teil als erstes die Teilzeitarbeit und im Besonderen das Jobsharing beleuchtet. Im zweiten Schritt wurde die Führungsfunktion diskutiert, die das Modell Topsharing vom herkömmlichen Jobsharing abgegrenzt. Namentlich der geteilten Führungsfunktion als wichtiger Faktor des Funktionierens dieses Modells wurde Aufmerksamkeit geschenkt. Vor diesem Hintergrund wurde schliesslich das Topsharing beschrieben mit Auflistung sämtlicher Vor- und Nachteile als Tabelle.

Im empirischen Teil wurde zuerst eine Analyse zur aktuellen Lage der weiblichen Kaderärztinnen in allen Universitätskliniken der Schweiz erstellt und Best Practice-Beispiele für Topsharing gesucht. Die Frage war auch, ob die geringe Zahl weiblicher Kaderärztinnen ein Berner Phänomen oder schweizweit verbreitet ist. Dafür wurden per Mail bei den Personalverantwortlichen sämtlicher Schweizer Universitätskliniken die entsprechenden Zahlen erfragt. Gleichzeitig wurde bei diesen Mailanfragen bereits bestehende Topsharing-Personen zu identifizieren versucht. Die benötigten Mail-Adressen wurden auf den Internetseiten der Kliniken gefunden.

Zusätzlich wurde mittels Internetrecherche und persönlicher Anfragen Ärztinnen und Ärzte im Topsharing in nicht-universitären Schweizer Kliniken gesucht.

Als Zweites wurde im Inselspital als Hauptfokus dieser Arbeit als quantitative Messmethode ein Fragebogen über Surveymonkey an alle aktuellen Chefärztinnen und -ärzte sowie Klinikdirektorinnen und -direktoren versandt. Mit Einverständnis des ärztlichen Direktors des Inselspitals wurden die Adressaten per Mail zu der Umfrage eingeladen. Der Fragebogen war mit dem Ziel einer möglichst hohen Rücklaufquote bewusst kurz gefasst und enthielt 8 Fragen mit einem geschätzten Zeitaufwand von 4.5 Minuten laut Surveymonkey.

Die Validität der Fragen wurde vor dem Versand durch das Gegenlesen des Fragebogens durch einzelne Ärzte geprüft und entsprechende Anpassungen wurden vor Versand vorgenommen (Rickards et al. 2012, S. 409).

Als Drittes wurden als qualitative Forschungsmethode strukturierte Interviews mit bestehenden Topsharern als Best Practice-Beispiele geführt. In den Interviews mit diesen Personen sollten einerseits die Vor- und Nachteile des Topsharings sowie Schwierigkeiten in der täglichen Arbeit eruiert und andererseits die theoretischen Konzepte an der Realität geprüft werden.

Die Erkenntnisse aus der Theorie und den Interviews mit den Best Practice-Beispielen wurden in einem Interview mit dem Ärztlichen Direktor des Inselspitals diskutiert, um durch die Anhörung eines Entscheidungsträgers die Ableitung von Handlungsempfehlungen realistischer gestalten zu können.

Schliesslich wurden aufgrund der erhobenen Resultate als Ziel dieser Masterarbeit Handlungsempfehlungen an die Klinikdirektorinnen und -direktoren, an die Spitalleitung des Inselspitals und die Leitung der Universität Bern extrahiert mit dem Ziel der Frauenförderung in ärztlichen Kaderpositionen, damit der Frauenanteil endlich zunimmt und irgendwann sogar mit dem Männeranteil gleichauf sein wird.

## 6. Theoretischer Teil

### 6.1. Einleitung

Der oftmals beschriebene Fachkräftemangel hat viele Unternehmen und Krankenhäuser herausgefordert. Im Jahr 2018 lag die Humanmedizin und Pharmazie auf Platz 4 im gesamtschweizerischen Fachkräftemangel-Ranking der Adecco Group und Stellenmarkt-Monitor Schweiz (Adecco, Tabelle S. 20). Zur Behebung dieses Mangels sind auch die Frauen in den Fokus der Unternehmen geraten, denn heutzutage sind es oft immer noch die weiblichen Mitarbeiterinnen, die unter anderem bei Mutterschaft entweder den Beruf verlassen oder das Beschäftigungspensum reduzieren. Laut einer Studie der Gesellschaft für Sozialforschung (gfs) und Büro Vatter (Schlussbericht 2016, S. 21 - 24) verlassen in der Ärzteschaft 8.4 - 12.9 % den Ärzteberuf, Frauen etwas häufiger und vor allem in der Regel früher, bereits vor dem Erlangen einer Facharzttitels.

Auch im Gesundheitswesen wird in vielen Unternehmensstrategien das sogenannte Diversity Management je länger je mehr als wichtig erachtet. Mit Diversity Management sind Massnahmen zur Nutzung der Potenziale und zur Reduktion der Probleme personeller Vielfalt in Unternehmen gemeint (Stock-Homburg 2013, S. 740). Steht wie in dieser Masterarbeit das Geschlecht im Fokus des Diversity Managements wird von Gender Diversity Management gesprochen (Stock-Homburg 2013, S. 741).

Die Inselgruppe mit ihren 6 Standorten und insgesamt knapp 11'000 Angestellten ist im Bereich der Gleichstellung und des Gender Diversity Managements ebenfalls aktiv. So hat sie kürzlich eine Fachstelle für Gleichstellung geschaffen und es laufen verschiedene Projekte zum Thema Diversity Management, u.a. Sensibilisierungsmassnahmen für Führungskräfte.

Auf Ebene der Universität als Ausbildungsstätte der Ärztinnen und Ärzte besteht für die gesamte Universität Bern ein Aktionsplan Gleichstellung und für alle Fakultäten wurden individuell angepasste Gleichstellungspläne erstellt. Die Medizinische Fakultät Bern hat sich in ihrem Aktionsplan bis 2019 zum Ziel gesetzt, auf allen Hierarchiestufen inkl. Professuren den Frauenanteil auf 30% zu erhöhen (Gleichstellungsplan Medizinische Fakultät 2016 – 2018/19).

In Zeiten des Fachkräftemangels, des gesellschaftlichen Wandels mit einerseits vermehrtem Wunsch nach Teilzeitarbeit der Männer (Hess 2016, S. 13; Abrell 2015, S. 21) und andererseits der Generation Y, die einen vermehrten Wert auf die Work-Life-

Balance legt, rückt die Arbeitnehmerbindung und die Arbeitgeberattraktivität immer wie mehr in den Vordergrund. Familienfreundliche Arbeitsbedingungen gehören bereits vielerorts zum Employer Branding. Damit sind markenstrategisch fundierte Massnahmen gemeint, die zum Ziel haben, das Unternehmen als attraktiven und glaubwürdigen Arbeitgeber zu positionieren (Stock-Homburg 2013, S. 136). Ein positives Employer Branding ist heutzutage eine wichtige Strategie im Personalmarketing. Ausserdem werden in der Unternehmensanalyse das Humankapital als immaterielle Ressourcen aufgelistet (Lombriser / Abplanalp 2015, S. 158), was auch bedeutet, dass gut eingearbeitete und somit erfahrende Mitarbeiter aber auch Mitarbeiterinnen gehalten werden sollen.

Laut Stock-Homburg gibt es verschiedene Instrumente zu einem erfolgreichen Gender Diversity Management (2013, S 741):

- Instrumente zur Erweiterung des Berufswahlspektrums
- Instrumente zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf, Karriere und Familie
- Instrumente zur Förderung der Potenziale weiblicher Führungskräfte und Mitarbeiter

Da die Fragestellung dieser Arbeit ist, wie Frauen auch die höchsten ärztlichen Kaderpositionen im Universitätsspital Bern erreichen können, und das Topsharing als zielführendes Mittel beurteilt werden soll, wird auf die beiden letzten, aber hauptsächlich auf den zweiten Punkt fokussiert.

Als Schwierigkeit erwies sich bei dieser Arbeit die fehlende spezifische Literatur des Topsharings in der Medizin. Denn im Spitalwesen bestehen - im Gegensatz zu einigen anderen universitären Fakultäten oder zu gewissen Wirtschaftszweigen - immer noch Eigenheiten wie das sehr patriarchalisch-hierarchisch strukturierte System und somit hat sich dieser Kulturwandel noch nicht vollzogen.

## **6.2. Arbeitszeitflexibilisierung**

Vor der gesellschaftspolitischen Tatsache, dass in der Schweiz immer noch mehrheitlich die Frauen die Familienarbeit übernehmen, müssen Möglichkeiten geschaffen werden, gut ausgebildete Frauen in der Arbeitswelt zu behalten. Um die Vereinbarkeit von Beruf, Karriere und Familie zu verbessern, stehen einerseits die Flexibilisierung der Arbeitsorganisation und die Unterstützung durch Zusatzleistungen zu Verfügung (Stock-Homburg 2013, S. 748). Am verbreitetsten ist in Unternehmen wohl die Arbeitszeitflexibilisierung. Darunter versteht man eine differenzierte Regelung der

Arbeitszeit, die durch die Gestaltung der Lage und der Dauer der Arbeitszeit die Optimierung des individuellen, betrieblichen und gesellschaftlichen Gesamtnutzens aus der Arbeit zum Ziel hat (Thommen 2016, S. 628).

Es gibt verschiedene Modelle zur Arbeitszeitflexibilisierung (Emery / Uebelhart 2013, S. 21 – 23; Holtbrügge 2010, S. 171 - 175):

- **Schichtarbeit:** Unterteilung der Betriebszeit in mehrere Zeitabschnitte, die von verschiedenen Mitarbeitern nacheinander ausgefüllt werden (z.B. Dreischicht-System bei 24h-Betrieb).
- **Gleitende Arbeitszeit:** Arbeitszeit wird in Kernzeitblöcke mit Anwesenheitspflicht und in Gleitzeitblöcke mit individuell planbarer Anwesenheit aufgeteilt. Das zu erfüllende Zeitsoll wird innerhalb einer bestimmten Zeitspanne definiert.
- **Variable Arbeitszeit:** Keine Kern- und Gleitzeitblöcke. Individuelle Arbeitszeit kann innerhalb einer definierten Rahmenarbeitszeit frei gewählt werden.
- **Kapazitätsorientierte variable Arbeitszeit (KAPOVAZ, Arbeit auf Abruf):** Die Gesamtarbeitszeit für einen bestimmten Zeitraum wird definiert. Der Arbeitseinsatz wird nach betrieblichen Bedürfnissen kurzfristig geplant je nach z.B. saisonalen Nachfrageschwankungen. Entlohnung erfolgt nur bei Arbeitseinsatz.
- **Jahresarbeitszeit:** Jährliches Volumen einer Soll-Arbeitszeit, Einsatz wird während des Jahres je nach Arbeitsanfall festgelegt mit in der Regel gleichmässigem Monatslohn.
- **Vertrauensarbeitszeit:** Weder Arbeitslage noch -dauer werden geregelt, keine Kontrolle der Einhaltung der Vertragsarbeitszeit. Es werden lediglich zuvor vereinbarter Ziele kontrolliert. Grosse Autonomie der Mitarbeiter bei der Gestaltung der Arbeitszeit.
- **Teilzeitarbeit:** Vertraglich festgelegte, verringerte Arbeitszeit bei entsprechend verringerter Vergütung. Die Verkürzung der Arbeitszeit kann täglich, wöchentlich oder monatlich erfolgen.
- **Jobsharing (als spezifische Form der Teilzeitarbeit):** Mehrere Mitarbeiter teilen sich die Arbeitszeit an einem Arbeitsplatz. Möglichkeit der zeitlichen Mengenteilung (= Timesharing) oder funktionalen Arbeitsteilung (unterschiedliche Aufgabenprofile).
- **Sabbatical mit/ohne Zeit-Wert-Konto:** Flexibilisierung der Lebensarbeitszeit. Langzeiturlaube unter Aufrechterhaltung des Arbeitsverhältnisses. Ansparung mit Hilfe von Zeitkonti oder durch andere Regelungen möglich. In der Regel voller Lohnausgleich.

Zusätzlich gibt es spezifische Modelle für die Zeit um die Pensionierung, die hier aber nicht beschrieben werden sollen.

Nach Berthel / Becker (2010, S. 522) gibt es im Allgemeinen folgende Vor- und Nachteile flexibler Arbeitszeitstrukturen:

	<b>Vorteile</b>	<b>Nachteile</b>
Unternehmensperspektive	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zunehmendes Selbstverantwortungsbewusstsein</li> <li>• Rückgang der Absenzrate</li> <li>• Weniger Verspätungen</li> <li>• Arbeitsqualität tendenziell besser</li> <li>• Höhere Arbeitszufriedenheit</li> <li>• Besseres Arbeitsklima</li> <li>• Förderung von Teamarbeit</li> <li>• Bessere Anpassung an Kapazitätsauslastung</li> <li>• Anpassung an neuere Produktionskonzepte</li> <li>• Bessere Kapitalnutzung</li> <li>• Ausdehnung der Betriebszeiten</li> <li>• Sicherung der Servicefunktion</li> <li>• Sicherung des Betriebsablaufs</li> <li>• Geringerer Bedarf an Mitarbeiterkräften</li> <li>• Verringerung der Lagerkosten</li> <li>• Attraktivität auf dem Arbeitsmarkt</li> <li>• Geringere Fluktuation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaffung von Konfliktpotenzial um die Arbeitszeit</li> <li>• Missbrauchsrisiko</li> <li>• Implementationskosten</li> <li>• Zusätzlicher Verwaltungsaufwand</li> <li>• Kosten für die Zeiterfassung</li> <li>• Evtl. höhere Personalzusatzkosten</li> <li>• Weiterbildungsaufwand für Führungskräfte</li> <li>• Evtl. Wegfall bisher stillschweigend geleisteter Überzeit</li> </ul>
Arbeitnehmerperspektive	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einräumen begrenzter Zeitsouveränität</li> <li>• Möglichkeit zur besseren Abstimmung von Beruf und Privatleben</li> <li>• Abstimmung mit Verkehrsmitteln</li> <li>• Evtl. mehr persönliche Kontakte am Arbeitsplatz</li> <li>• Evtl. bessere Anpassung an den persönlichen Biorhythmus</li> <li>• Breitere Qualifikationsprofile werden gefördert</li> <li>• Keine unbezahlten Überzeiten</li> <li>• Anpassung an den Arbeitsanfall</li> <li>• Kein Pünktlichkeitsgebot mehr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstorganisationszwang</li> <li>• Evtl. Selbstbestimmungsverlust zugunsten des Arbeitgebers</li> <li>• Evtl. weniger soziale Kontakte im Betrieb</li> <li>• Pünktlichkeitsrisiko für den Arbeitnehmer</li> <li>• Weniger Überstundenzuschläge</li> <li>• Im Allgemeinen keine Beteiligung an den Produktivitätsgewinnen</li> <li>• Arbeitsverdichtung und Stresszunahme</li> <li>• «spill over» durch Verwischen der Grenze von Arbeits- und Freizeit</li> <li>• Konflikte bei Arbeitszeitmodellen, in die mehrere Personen involviert sind</li> <li>• Evtl. Entwertung der Freizeit durch Arbeitsbereitschaft</li> <li>• Evtl. Ausweitung der Betriebszeiten</li> <li>• Evtl. Ausnahmeregelungen für bestimmte Personenkreise</li> <li>• Zusätzliche Kontrollen</li> </ul>
Gesellschaftsperspektive	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanisierung der Arbeit durch Autonomiebewusstsein</li> <li>• Evtl. Abbau von Arbeitslosigkeit</li> <li>• Flexibler Einstieg in das und schrittweiser Ausstieg aus dem Berufsleben</li> </ul>	

Tabelle 1. Quelle: Berthel / Becker 2010, S. 522

Ein Spitalbetrieb ist in verschiedenen Hinsichten zu unterscheiden von einem gewöhnlichen betrieblichen Unternehmen, unter anderem weil es einen 24/7-Betrieb mit fixen Zeiten (Visiten, Rapporte, Boards, Weiterbildungsveranstaltungen, etc.) abzudecken gilt. Der Grossteil der Ärztinnen und -ärzte besteht aus Assistenzärzten, welche in Weiterbildung zu einem Facharztstitel stehen und somit definierte Lerninhalte mitnehmen

müssen. Laut HR-Reporting des Inselspitals waren das Ende 2018 knapp 37 % (s. Tabelle 2 und 3, Seite 17 und 18). Deshalb sind auch nicht alle Flexibilisierungsmodelle auf die Ärzteschaft im stationären Bereich des Krankenhauses übertragbar. Am häufigsten kommen hier die Teilzeitarbeit und das Jobsharing vor, sowie in gewissen Positionen gleitende Arbeitszeit und Jahresarbeitszeit. Schichtarbeit kommt vor allem im ambulanten Setting wie dem Notfall oder auf der Intensivstation zum Zuge. Sabbaticals sind eigentlich ausschliesslich dem höchsten Kader vorenthalten.

### 6.3. Teilzeitarbeit bei der Ärzteschaft

Besonders die Teilzeitarbeit ist auch im Inselspital bereits verbreitet, wie in Abbildung 3 ersichtlich ist, meist in einem Beschäftigungsgrad von 50 – 80%. Bei den tiefen Anstellungsverhältnissen besteht häufig eine Kombination von zwei Arbeitsverträgen, beispielsweise einem Inselvertrag für die klinische Tätigkeit und einem zusätzlichen Vertrag mit der Universität Bern im Rahmen der Forschungstätigkeit oder Bezahlung über einen Forschungsfonds. Somit sind diese Zahlen mit Vorbehalt zu lesen.

BG in % Frauen	Assistenzärztin	Chefärztin	Leitende			
			Ärztin	Oberärztin	Spitalfachärztin	
5.0			1	2		3
10.0			1	5		6
20.0	2			6		8
25.0				1		1
30.0		1		1	1	3
37.0	1					1
40.0	1		1	7		9
45.0				1		1
50.0	26		4	15	4	49
52.4						
60.0	23		3	35	5	66
70.0	7			15	5	27
75.0				1		1
80.0	50	1	3	43	5	102
85.0				1		1
90.0	8		3	5	2	18
95.0						
100.0	415	2	23	86	15	541
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>533</b>	<b>4</b>	<b>39</b>	<b>224</b>	<b>37</b>	<b>837</b>

Tabelle 2. Quelle: HR-Reporting Inselspital. Beschäftigungsgrad Ärztinnen, Stand 31.12.2018

BG in % Männer	Assistenzarzt	Chefarzt	Leitender Arzt	Oberarzt	Spitalfacharzt	
5.0			1	3		4
10.0	1		1	5	1	8
20.0	3	1	4	8	1	17
25.0						
30.0		1	1	5		7
37.0						
40.0	1			12		13
45.0				1		1
50.0	4	3	1	6	1	15
52.4			1			1
60.0	3		3	6	1	13
70.0			1	3	3	7
75.0						
80.0	23	1	12	21	9	66
85.0						
90.0	2	2	8	5	8	25
95.0			1			1
100.0	376	27	97	181	31	712
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>413</b>	<b>35</b>	<b>131</b>	<b>256</b>	<b>55</b>	<b>890</b>

Tabelle 3. Quelle: HR-Reporting Inselspital. Beschäftigungsgrad Ärzte, Stand 31.12.2018

Bei der Teilzeitarbeit wird mit dem Mitarbeiter eine geringere als die tarifliche Arbeitszeit bei geringerer Vergütung vereinbart. Voraussetzung dafür ist die zeitliche und sachliche Teilbarkeit von Arbeitsaufgaben (Holtbrügge 2010, S. 172).

Als Vorteil der Teilzeitarbeit wird gesehen, dass durch die zeitliche Entlastung die Leistungsbereitschaft- und -fähigkeit erhöht werden können (Stock-Homburg 2013, S. 751). Von Arbeitgeber-Seite stehen damit aber höhere Personalbetreuungs- und Personalnebenkosten und ein zusätzlicher Koordinationsaufwand gegenüber (Stock-Homburg 2013, S. 751). Zu berücksichtigen ist auch, dass Teilzeitarbeit immer noch mit einem relativ schlechteren beruflichen Image verbunden ist, die Aufstiegschancen von Teilzeitarbeitnehmern sind oft schlechter als die von Vollzeitmitarbeitern (Holtbrügge 2010, S. 173).

Im Spitalwesen wird häufig angeführt, dass bei Teilzeitarbeit die fehlende Kontinuität bei der Patientenbetreuung sowohl für die Ärztinnen und Ärzte als auch für die Patientinnen und Patienten von Nachteil sei. Dazu gibt es Studien vor allem aus dem ambulanten Sektor, welche gezeigt haben, dass weder der Patienten Outcome noch die Patientenzufriedenheit unter teilzeitarbeitenden Ärzten litten, sondern sogar im Gegenteil die Performance von Teilzeitarbeitenden besser war. Die Kosten blieben dabei vergleichbar hoch (Panattoni et al. 2014; Parkerton et al. 2003).

## 6.4. Jobsharing

Als Erweiterung der Teilzeitarbeit gilt das Jobsharing. Dabei teilen sich mehrere Beschäftigte einen Arbeitsplatz, normalerweise sind es zwei Arbeitnehmer, die sich eine Vollzeitstelle teilen (Stock-Homburg 2013, S. 752). Es gibt aber auch andere Modelle. Mit der Arbeitsstelle an und für sich teilen sich die Arbeitskräfte aber auch alle Pflichten und Rechte. Sie übernehmen gemeinsam die Verantwortung für die Erfüllung der jeweiligen Arbeitsaufgabe und stellen dem Arbeitgeber gegenüber ein Team dar (Berthel / Becker 2010, S. 525). Das Jobsharing erfordert bei der Durchführung ein hohes Mass an Eigenverantwortlichkeit und interner Koordination (Stock-Homburg 2013, S. 752).

Die Arbeitsaufgaben können funktional oder zeitlich geteilt werden. Bei funktionaler Teilung wird eine Vollzeitarbeitsaufgabe in zwei inhaltlich unterschiedliche Teile aufgeteilt. Bei der zeitlichen Teilung hingegen wird die Gesamtaufgabe in inhaltlich gleiche Teile zerlegt, deren Erledigung zeitlich aufgespalten wird (Berthel / Becker 2010, S. 525).

Es gibt nach Krone-Germann / de Chambrier (2017, S. 4) zwei Arten von Jobsharing:

- *Reines Jobsharing*: Zwei Arbeitnehmende besitzen einen einzigen Arbeitsvertrag. Das reine Jobsharing bedeutet komplette Austauschbarkeit beider Partnerinnen/Partner und Kontinuität sämtlicher Dossiers.
- *Hybrides Jobsharing*: Zwei Arbeitnehmende besitzen Einzelarbeitsverträge. Es zeichnet sich aus durch die informelle Aufteilung der Dossiers zwischen den Partnerinnen/Partner, wobei einige Aufgaben voll austauschbar sind und beide die Verantwortung gemeinsam tragen.

Bei der Auflösung einer Jobsharing-Partnerschaft (ob freiwillig oder unfreiwillig) gibt es nach Krone-Germann / de Chambrier verschiedene Möglichkeiten (2017, S. 19):

- Der zurückbleibende Arbeitnehmer übernimmt die Stelle vorübergehend oder permanent zu 100%.
- Ein neues Jobsharing-Paar wird kreiert.
- Die Stelle wird als Vollzeitstelle ausgeschrieben, der zurückbleibende Arbeitnehmer erhält eine andere Teilzeitstelle.
- Die Stelle wird als Vollzeitstelle ausgeschrieben, der zurückbleibende Arbeitnehmer verliert seine Stelle.

Im Spitalumfeld wird das Jobsharing in der Regel durch zwei Arbeitnehmer mit jeweils Einzelarbeitsverträgen durchgeführt. Aufgrund eigener Erfahrungen der Autorin gibt es im

stationären Spitalbetrieb noch weitere qualitative Vorteile des Jobsharings als bereits auf Seite 16 beschrieben:

- Vier-Augen-Prinzip bei den Übergaben mit Verbesserung der Behandlungsqualität durch Aufdecken von Fehlüberlegungen oder Inputs bei offenen Fragen (im Sinne eines Qualitätszirkels).
- Bei mehreren Teilzeitangestellten in einer Klinik erhöhte Flexibilität beim Abdecken von Ferienabwesenheiten oder anderen kurz- oder langfristigen Abwesenheiten (z.B. vorübergehende neue Bildung von Jobsharing-Paaren).
- Erleichterung in der Führungsfunktion, da Last auf vier statt nur auf zwei Schultern ruht (z.B. bei Konflikt mit schwierigem Assistenzarzt).
- Vorbildfunktion und Motivation für jüngere Kolleginnen und Kollegen.

Es bleibt zu bedenken, dass ein Scheitern einer Jobsharing-Partnerschaft sich meist auf den Erfolg des Modells als Ganzes auswirkt. Das Umfeld beobachtet und beurteilt einen Misserfolg kritisch, obwohl viele Jobsharing-Modelle bereits erfolgreich sind (Krone-Germann / de Chambrier 2017, S. 18).

## **6.5. Der Führungsbegriff**

Das Jobsharing in Leitungsfunktionen nennt sich Topsharing. Konkret steht Topsharing für Jobsharing in Positionen mit hoher Verantwortung, die auch Mitarbeiterführung einschliessen (Krone-Germann / de Cambrier 2017, S. 4). Somit ist die geteilte Führungsfunktion das Kernmerkmal des Topsharings.

Der Begriff Führung wird folgendermassen definiert (Steiger / Lippmann 2013, S. 38): Führen ist ein Gruppenphänomen, das die Interaktion zwischen zwei oder mehreren Personen einschliesst. Der Begriff beschreibt die intentionale soziale Einflussnahme, wobei es wiederum Differenzen darüber gibt, wer in einer Gruppe auf wen Einfluss ausübt und wie dieser ausgeübt wird. Führung zielt darauf ab, durch Kommunikationsprozesse Ziele zu erreichen.

Im Verlauf der Jahre und Jahrzehnte sind vielzählige Führungstheorien beschrieben worden. Sie standen eng mit dem Menschenbild der jeweiligen Zeit in Verbindung. Sie versuchten jeweils die Bedingungen zu beschreiben, aus denen Führung entsteht und Aussagen darüber zu treffen, wie eine Führungsperson die Geführten zur Erfüllung bestimmter Aufgaben beeinflussen kann (Hentze et al. 2005, S. 4). Wo in den 20er Jahren der Eigenschaftsansatz die Persönlichkeitsmerkmale und Führungseigenschaften der Führungsperson im Fokus hatte, rückte über den Verhaltensansatz und Situationsansatz

in den 80er Jahren der Systemansatz in den Vordergrund, wo die Führungskraft und Mitarbeiter im Kontext der Organisation aus systemischer Perspektive betrachtet wurden (Steiger / Lippmann 2013, S. 39).

Die klassischen Führungstheorien fokussierten stark auf die Führungsperson. Als Beispiele des Verhaltensansatzes werden hier zwei wichtige Vertreter kurz beschrieben:

Tannenbaum und Schmidt entwickelten ihr Führungsmodell 1958, wobei sie ein Kontinuum zeichnen des rein aufgabenbezogenen Führungsstils ohne Entscheidungsbeteiligung der Untergebenen (deshalb autoritär) zum partizipativen Führungsstil, wo Mitarbeitende ihre Ressourcen ausschöpfen und Entscheidungen mitfälligen können. Daraus ergaben sich sieben idealtypische Führungsstile auf einem Kontinuum (Steiger / Lippmann 2013, S. 42):

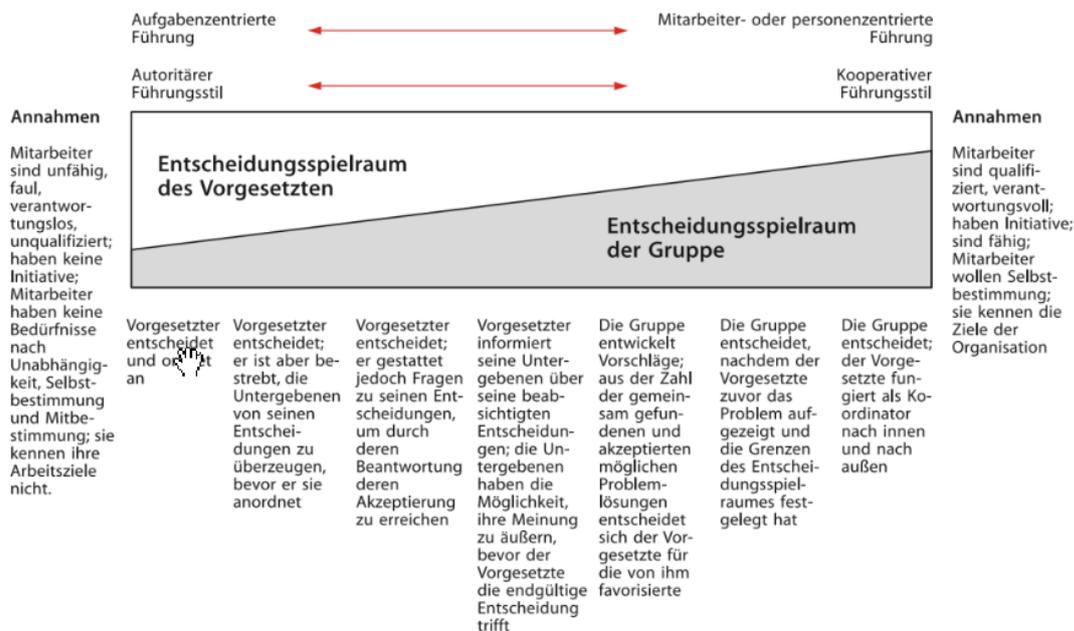


Abbildung 3: Führungskontinuum nach Tannenbaum und Schmidt 1958 (Quelle: Steiger / Lippmann 2013, S. 42)

Im Konzept des Verhaltensgitters nach Blake und Mouton aus dem Jahre 1964 werden verschiedene Führungsstile (deren 81) in ein Verhaltensgitter eingeordnet. In diesem Gitter wird davon ausgegangen, dass Führungskräfte gleichzeitig aufgabenbezogen und mitarbeiterorientiert sein können (Steiger / Lippmann 2013, S. 42):

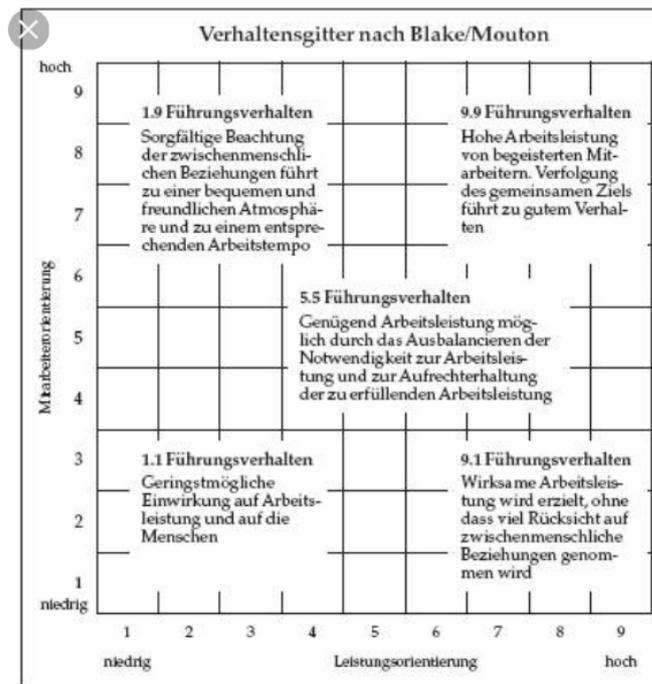


Abbildung 4: Führungsstilgitter nach Blake und Mouton 1964 (Quelle: Online 16.12.2019)

Neuere Sichtweisen fokussieren mehr auf die Führung als komplexer Handlungs- und Kommunikationsprozess zwischen der Führungsperson und den Mitarbeitern, der sogenannte systemische Ansatz. Führung wurde so zur Beziehungsgestaltung.

Letztlich dient Führung oder Leadership der Umsetzung der Unternehmensstrategie. Leadership besteht in der Erläuterung der strategischen Vorhaben, in der Bildung von Konsens, in der produktiven Nutzung von Konflikten, in der Durchsetzung von zentralen Wertvorstellungen und in der Motivation im Hinblick auf die vorgegebenen Ziele. Der Führungsansatz muss zur Strategie und Struktur des Unternehmens passen (Lombriser / Abplanalp 2015, S. 410). Somit muss der Führungsstil der/des Vorgesetzten stets situativ angepasst werden. Es bedeutet auch, dass die Gestaltung optimaler Rahmenbedingungen, unter denen Mitarbeiter ihre Aufgaben selbstverantwortlich und selbstorganisierend wahrnehmen können, im Vordergrund steht (Steiger / Lippmann 2013, S. 45). Es ist somit gut ersichtlich, dass eine Führungsperson viele verschiedene Rollen innehat. Mintzberg hat 1973 in einer Untersuchung zu den Aktivitäten von Managern eine Typologie von Rollen abgeleitet. Hierbei wurde die Bedeutung der kommunikativen und interpersonellen Aktivitäten deutlich hervorgehoben:

Bereich	Interpersonelle Rollen	Informationsrollen	Entscheidungsrollen
Rollen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Galionsfigur</li> <li>■ Vorgesetzter</li> <li>■ Vernetzer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Radarschirm</li> <li>■ Sender</li> <li>■ Sprecher</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Innovator</li> <li>■ Problemlöser</li> <li>■ Ressourcenzuteiler</li> <li>■ Verhandlungsführer</li> </ul>

Abbildung 5: Zehn Führungsrollen von Managern nach Mintzberg 1973 (Quelle: Online 16.12.2019)

Auch wenn sich diese Führungs- und Managementtheorien oftmals auf klassische Unternehmen beziehen, können sie auch auf einen Spitalbetrieb übertragen werden. Gerade im universitären Spitalbetrieb besteht oftmals noch ein sehr traditionelles, hierarchisches Führungsverständnis. Dabei wird eine Führungsfunktion in der heutigen Zeit immer komplexer, unter anderem wegen anspruchsvollen strategischen Entscheidungen der Unternehmensleitung in Zeiten des Spar- und Konkurrenzdrucks, dem Fachkräftemangel und auch dem Wertewandel der Arbeitnehmenden u.a. im Sinne der Generation Y. Die von Mintzberg beschriebenen zehn Führungsrollen erhalten immer wie mehr Zuwachs, denn in Zukunft werden vermehrt Führungskompetenzen weg von der klassischen Linienhierarchie gefragt sein. Somit darf sich auch in einem Spitalbetrieb die Personalführung nicht auf die klassischen Managementfunktionen Planung, Anweisung und Kontrolle beschränken.

Nach Berthel / Becker (2010) besteht die Aufgabe von Führungskräften in:

- Mitarbeitern über Vermitteln einer lebendigen Vision und das Vorleben einer entsprechenden Betriebskultur ein Mass an Orientierung zu geben, damit diese die ihnen zur Verfügung stehenden Handlungsspielräume selbststeuernd im Sinne der betrieblichen Ziele ausgestalten können.
- im Sinne eines Informationsmanagers dafür zu sorgen, dass alle Mitarbeiter mit dem Geschäftswissen, welches sie für unternehmerisches Handeln benötigen, ausgestattet sind.
- die Entwicklungspotentiale ihrer Mitarbeiter zu diagnostizieren und umzusetzen und potentialstarke Mitarbeiter aktiv an den Betrieb zu binden.
- Mitarbeiter zu ermutigen, Probleme unternehmerisch aufzunehmen, Risiken einzugehen und diese im Sinne eines Coachs oder Mentors zu unterstützen.
- Gruppen und Teams zu entwickeln, zu führen sowie als Moderator und Konfliktmanager zu begleiten.

Somit ist eine Führung lediglich nach Zielvorgaben mit Kontrolle und Belohnung («Management by Objectives») für einen Klinikbetrieb eigentlich veraltet. Das Konzept der

transformationalen Führung nach Bass / Riggio (2006) definiert die Rolle der Führungskraft wie folgt:

Die Mitarbeiter intellektuell anzuregen, durch eine fesselnde Mission für die Ziele und Aufgaben der Unternehmung zu begeistern sowie die Identifikation mit der Organisationkultur zu erhöhen.

Die Voraussetzung dafür ist die individuelle Führung und Förderung der Mitarbeiter (Holtbrügge 2010, S.214).

Als aktuelles Beispiel aus der Management-Lehre, welche Aufgaben gestellt und mit welchen Werkzeugen das wirksame Handeln und die Kommunikation erreicht werden können, zeigt das Rad der wirksamen Führung von Malik (2000, S. 392):

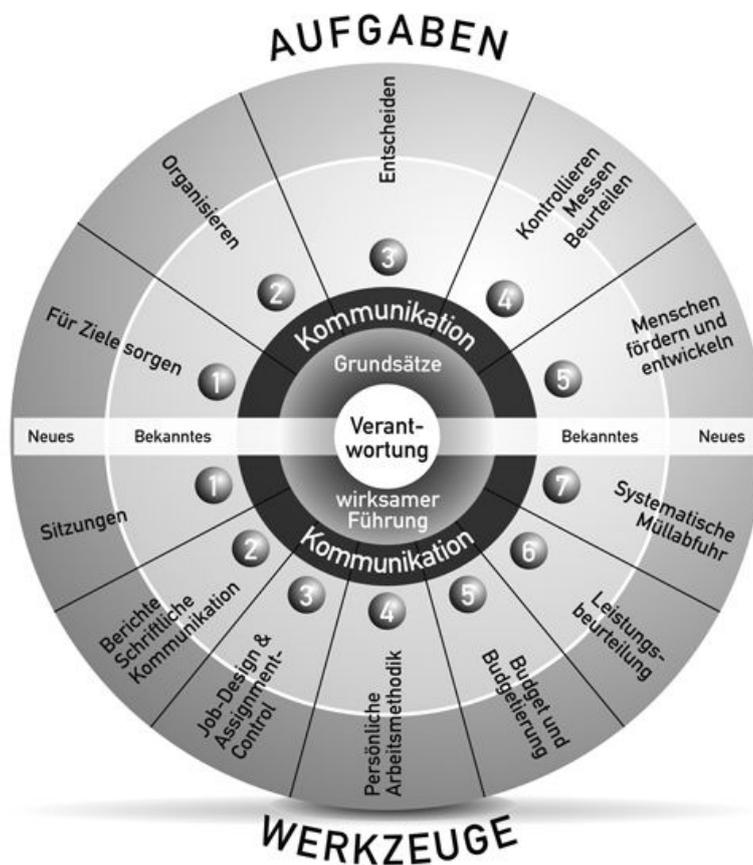


Abbildung 6: Malik Führungsrads 2000 (Quelle: Online 16.12.2019)

In einer Universitätsklinik sind die Anforderungen für eine/n Klinikdirektorin/-direktor sehr hoch. Denn es gilt nebst der Personalführung wie oben beschrieben, die klinische Dienstleistung, welche in einer interdisziplinären Behandlung der Patienten besteht, auf hohem Niveau sicherzustellen und die Forschung und Lehre zu managen und weiterzuentwickeln. Nebst der studentischen Lehre mit Vorlesungen und Blockpraktika und anderen klinischen Trainings besteht auch ein Weiterbildungsauftrag der

Assistenzärztinnen und -ärzte. Diese müssen ja zur Erlangung eines Facharztstitels eine gewisse Anzahl Jahre in verschiedenen Kliniken arbeiten und sich vielfältige praktische Skills und Fachwissen aneignen. Ausserdem muss durch die von der Spitalleitung vermittelten Kennzahlen, Budgets und Zielsetzungen mittels betriebswirtschaftlichen Denkens eine Klinikstrategie festgelegt werden. Diese breite Palette an Anforderungen sind je länger je mehr mit einem sehr hohen zeitlichen Aufwand verbunden. Denn gerade die betriebswirtschaftlichen Fragestellungen und Probleme und die Aufgaben in der Führung der anspruchsvolleren Generation Y erfordern fundierte Kenntnisse fernab des Lehrstoffs im Medizinstudium.

Gerade Frauen sind häufig nicht bereit, ein solches Arbeitspensum zu bewältigen. Der Deutsche Ärztinnenbund hat 2018 in einer Umfrage unter habilitierten Internistinnen ermittelt, dass dieses hohe Arbeitspensum mit fehlender Work-Life-Balance die Frauen an einer Bewerbung für Spitzenpositionen hindern würde, dass sich aber gut 75% bei einem Topsharing-Angebot bewerben würden (Kaczmarczyk 2018). Dabei wurde in einer Meta-Analyse 2003 gesehen, dass sich weibliche Führungskräfte viel mehr des transformationalen Führungsstils bedienen als die männlichen. Es konnte ebenfalls gesehen werden, dass Frauen somit den Männern in der Effektivität ihres Leadership-Stils überlegen waren (Eagly 2003). Der oftmals zitierte weibliche Führungsstil basiert nebst den Fakten auch auf Emotionen und ist dadurch kooperativer mit flacheren Hierarchien. Dem Faktor Empathie wird mehr Bedeutung gegeben. Ob dies bei Frauen genetisch bedingt ist oder durch die erfahrene Sozialisation erreicht, bleibt wohl unklar.

## 6.6. Topsharing

Bereits 2014 wurde im Deutschen Ärzteblatt getitelt: «Will bald niemand mehr Chefarzt werden?». Hier wurde beschrieben, wie der Ärztemangel bereits auf der Chefarzdebene angekommen sei, dies unter anderem aufgrund der Voraussetzungen für diesen Posten und die damit verbundenen Arbeitsbedingungen. Als Schlusswort steht, es gelte, Alternativen zum tradierten Chefarztmodell zu entwickeln (Martin 2014).

Heutige Chefärzte müssen wie im vorigen Kapitel beschrieben Multitalente sein mit klinischer Exzellenz aber auch ökonomischer Expertise, sie sollten hohe soziale und kommunikative Kompetenz, Führungsstärke und Organisationsgeschick besitzen. Gleichzeitig sind sie verantwortlich für die Aus- und Weiterbildung der Studenten und Assistenzärzte, gelten als Vorbild und sind das «Gesicht» des Hauses. Jedoch stehen auch sie unter zunehmendem Spardruck der Spitalleitungen (Martin 2014, S. 4).

Hier wäre eine Aufteilung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten ein möglicher Lösungsansatz, der offenbar auch die deutsche Bundesärztekammer bereits ins Auge gefasst hat mit der Errichtung eines neuen Bereichs auf ihrer Homepage zur Erfassung von Best Practice-Beispielen von Teilzeitarbeit in Leitungsfunktionen. Ausserdem besteht in Deutschland seit dem Jahre 2000 ein Recht auf Teilzeit im Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG), dies gilt auch für leitende Funktionen. Das Gesetz hält sogar eine Art des Jobsharings im Paragraph 13 fest.

Eine gesetzliche Regelung dafür gibt es in der Schweiz nicht. An der Universität Bern gibt es jedoch seit 2015 die Richtlinien betreffend Jobsharing für Professuren. Dies ist grundsätzlich sehr begrüßenswert, als Wermutstropfen besteht der Artikel 7. Dieser besagt nämlich, dass das Ausscheiden des einen Jobsharing-Partners einen triftigen Kündigungsgrund für den anderen Partner darstellt. Allerdings würde der Posten vor einer erneuten Ausschreibung dem verbleibenden Partner als Vollzeitstelle angeboten werden (Täuber 2011). Diese Regelung ist je nach Lebenssituation kontraproduktiv und könnte geeignete Kandidatinnen vor einer Bewerbung zurückschrecken lassen.

Der Kern des Topsharings im Vergleich zum Jobsharing ist die geteilte Führungsfunktion nebst den geteilten Fachaufgaben. Damit dies gut funktionieren kann, gibt es nach Kuark (2003, S. 26 - 27) einige Regeln zu beachten:

- Klare Aufteilung der Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten
- Partnerschaftliches Führungsverständnis
- Bereitschaft zur Reflektion und Feedback
- Bereitschaft zur Veränderung
- Gegenseitige Akzeptanz der Arbeitsweise oder ähnliche Arbeitsweise
- Klare Kommunikationsregeln
- Grosses Ausmass an Kommunikationsfähigkeit
- Toleranz und Achtung vor anderen Meinungen / Einstellungen
- Ähnliches Menschenbild mit Bereitschaft zu Vertrauen und Respekt
- Flexibilität
- Beweglichkeit in Netzwerkstrukturen

Entsprechend der vorhandenen Literatur können folgende positiven und negativen Erfahrungen aus dem Topsharing aufgeführt werden:

	<b>Vorteile</b>	<b>Nachteile</b>
Unternehmensperspektive	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geringere Fluktuation durch stärkere Mitarbeiterbindung</li> <li>• Weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten</li> <li>• Erhöhte Arbeitnehmerzufriedenheit der betroffenen Mitarbeiter</li> <li>• Höhere Produktivität der Jobsharing-Mitarbeitenden</li> <li>• Verbesserung des Arbeitsklimas</li> <li>• Unternehmen profitiert von doppelter Kompetenz bei einzelner Stelle</li> <li>• Innovationspotential erhöht durch steten Gedankenaustausch</li> <li>• Verbessertes Unternehmensimage</li> <li>• Talentbindung</li> <li>• Verbesserung der Bewerbungen in Zahl und Qualität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komplexeres Rekrutierungsverfahren</li> <li>• Komplexeres Führungsverfahren</li> <li>• Höhere Fixkosten</li> <li>• Auswahl der Ansprechperson</li> <li>• Kosten des Informationstransfers</li> <li>• Konfliktrisiko zwischen Jobsharing-Partnerinnen/Partner</li> </ul>
Arbeitnehmerperspektive	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interessantere Stellenauswahl, da mit Jobsharing auch Vollzeitstellen zugänglich</li> <li>• Abwechslung und Innovation durch Aufgabenteilung</li> <li>• Vereinbarung Beruf- und Privatleben</li> <li>• Lösung anspruchsvoller Aufgaben durch doppelte Kompetenz</li> <li>• Effiziente Entscheidungsfindung durch Austausch der Partnerinnen/Partnern</li> <li>• Erweiterung des Netzwerks</li> <li>• Gute Eingliederung in Unternehmen durch steten Informationsaustausch</li> <li>• Rückhalt durch Jobsharing-Partnerin/Partner</li> <li>• Schnellere Integration im Team möglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhältnismässig mehr Arbeit</li> <li>• Erwartete Flexibilität kann einschränkend werden</li> <li>• Zusätzliches Arbeitsmanagement durch Jobsharing</li> <li>• Erfolgsdruck von anderen</li> <li>• Interne Abstimmung und Kompatibilität braucht Zeit und besondere persönliche Qualitäten (Selbstreflexion, Vertrauen, Transparenz, etc.)</li> <li>• Entscheidungsprozess bei Unstimmigkeiten erschwert</li> </ul>

Tabelle 4. Quelle: Eigene Darstellung nach Abrell 2010, S. 33 ff; Amstutz / Jochem 2014, S. 15 ff; Krone-Germann / de Chambrier 2017, S. 10

Der Haupterfolgssfaktor für ein gut funktionierendes Topsharing mit geteilter Führungsfunktion ist, wie in der modernen Führungsforschung beschrieben, die gut funktionierende Kommunikation, sowohl nach innen im Tandem als auch nach aussen gegenüber den Angestellten und der Unternehmensleitung. Die Ressorts müssen klar aufgeteilt sein, dies mit Transparenz nach aussen, damit die Ansprechperson immer klar definiert sind.

## 7. Empirischer Teil

### 7.1. Einleitung

Beim methodischen Vorgehen fiel die Wahl im empirischen Teil auf Feldforschung mit einer Befragung der Personalabteilungen der Universitätskliniken der Schweiz, der Verteilung eines Fragebogens bei allen Klinikdirektorinnen und -direktoren sowie Chefärztinnen und Chefarzten im Inselspital und Interviews mit Best Practice-Beispielen in der Schweiz. Zusätzlich wurden die Erkenntnisse aus diesen Untersuchungen in einem Interview mit dem Ärztlichen Direktor des Inselspitals erörtert.

Die Erhebung der Zahlen zu den weiblichen Führungspersonen im ärztlichen Sektor aller Universitätskliniken der Schweiz ging über die entsprechenden Personalabteilungen der Universitätskliniken Bern, Basel, Zürich, Lausanne und Genf. Sämtliche Mail-Anfragen waren erfolgreich bezüglich Angaben und Detaillierungsgrad, einzig die Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) lieferten nur ein Total weiblicher Kaderärztinnen ohne Aufteilung in Leitende Ärztinnen und Chefärztinnen.

Als zweite Frage wurden Topsharing-Personen gesucht als potentielle Interviewpartner. Es gab jedoch zum Zeitpunkt der Anfrage keine solchen Topsharers (Bern, Basel, Zürich) oder das HR der Unikliniken konnte aufgrund des Persönlichkeitsschutzes keine entsprechenden Angaben machen (Lausanne, Genf).

Als quantitative Forschungsmethode wurde ein Fragebogen über SurveyMonkey an alle Chefärztinnen und -ärzte sowie allen Klinikdirektorinnen und -direktoren versandt. Es wurden Fragen zur Haltung gegenüber und Durchführbarkeit des Topsharings gestellt. Es wurden auch Faktoren erfragt, weshalb das Topsharing aktuell kaum angewendet wird, respektive welche Probleme dabei gesehen werden.

Bei der qualitativen Forschungsmethode mit Befragung der Interview-Partnerinnen sollten einerseits die eigenen Erfahrungen beleuchtet und andererseits die Möglichkeiten der breiteren Implementierung von Topsharing in den ärztlichen Führungsfunktionen der Spitäler und insbesondere des Universitätsspital Bern diskutiert werden.

Im Interview mit dem ärztlichen Direktor des Inselspitals wurden die theoretischen und praktischen Erkenntnisse auf ihre Durchführbarkeit in der Universitätsklinik Bern geprüft und Inputs gewonnen für die Erstellung der Handlungsempfehlungen.

## 7.2. Vergleich weiblicher Kaderärztinnen an allen Universitätskliniken der Schweiz

Entsprechend der Antworten der Personalabteilungen aller Schweizer Universitätskliniken präsentiert sich auch in den anderen Universitätskliniken die Situation ähnlich wie in Bern.

	Stand	Chefärztin	Leitende Ärztin	Prozent	Chefarzt	Leitender Arzt	Prozent	Total
Insel Bern	31.12.18	4	39	20.57	35	131	79.43	209
USZ Zürich	31.12.18	3	26	17.79	39	95	82.21	163
USB Basel	05.08.19	4	21	14.62	41	105	85.38	171
CHUV Lausanne	31.12.18	27	24	23.08	110	60	76.92	221
HUG Genf	31.07.19		175	-	kA	kA	-	-

Tabelle 5: Anzahl weiblicher und männlicher Kaderärzte in den fünf Schweizer Universitätskliniken

Leider wurden vom HUG auch auf Nachfrage nur die Gesamtzahl der Leitenden Ärztinnen und Chefärztinnen gemeldet ohne Angaben zum Beschäftigungsgrad, Stand Juli 2019 waren das insgesamt 175 Frauen.

Auffallend ist vor allem der durchgehend sehr tiefe Wert bei den Chefärztinnen mit maximal 4 Personen. Der Grund für die hohe Anzahl Chefärztinnen und -ärzte im Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) in Lausanne muss offengelassen werden. Da jedoch die Anzahl Leitender Ärztinnen und v.a. Ärzte ebenfalls tiefer ist im Vergleich zu den anderen Universitätskliniken, muss von einem Systemunterschied ausgegangen werden mit einer anders gerichteten oder liberaleren Ernennungspolitik zur/zum Chefärztin/-arzt im CHUV.

In dem aus der Tabelle abgeleiteten Diagramm zeigt sich die Situation grafisch dargestellt unterschieden nach Geschlecht und Funktion. Dabei wurde das HUG weggelassen.

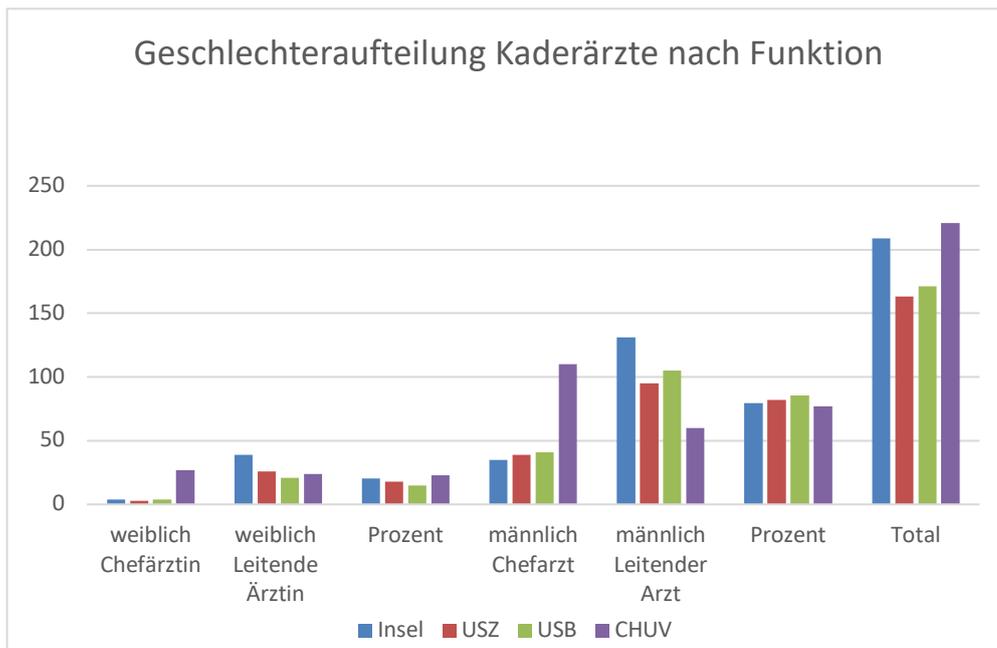


Tabelle 6: Geschlechteraufteilung Kaderärzte nach Funktion

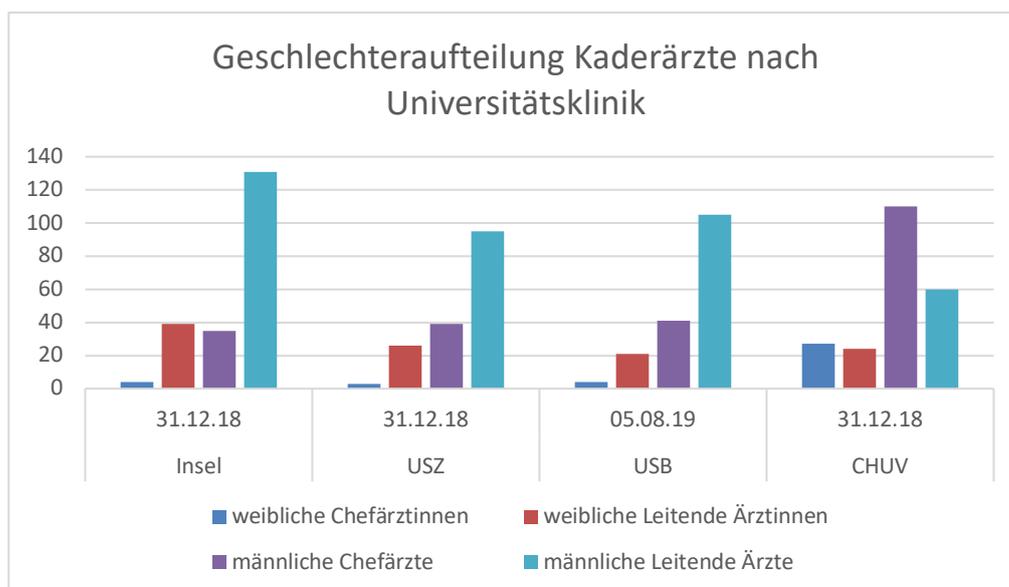


Tabelle 7: Geschlechteraufteilung Kaderärzte nach Universitätsklinik

Es lässt sich rasch feststellen, dass die Anzahl männlicher Chefärzte sogar die Zahl der weiblichen Leitenden Ärztinnen übersteigt. Dies ist um so bemerkenswerter, da die zukünftigen Chefärzte und Klinikdirektoren meist aus dem Pool der Leitenden Ärzte rekrutiert werden, respektive sich meistens letztere bei Ausschreibungen für solche Posten bewerben, da sie es sind, die die Anforderungskriterien erfüllen. Die Ernennung zum Leitenden Arzt erfolgt in Bern beispielsweise auf Antrag des Klinikdirektors durch den Ärztlichen Direktor nach Stellungnahme der Fakultätsleitung. Somit kommt der Beförderung einer Frau zur Leitenden Ärztin eine eminent wichtige Bedeutung zu, denn nur so können Sie in der Regel die gläserne Decke der Karriereleiter durchbrechen.

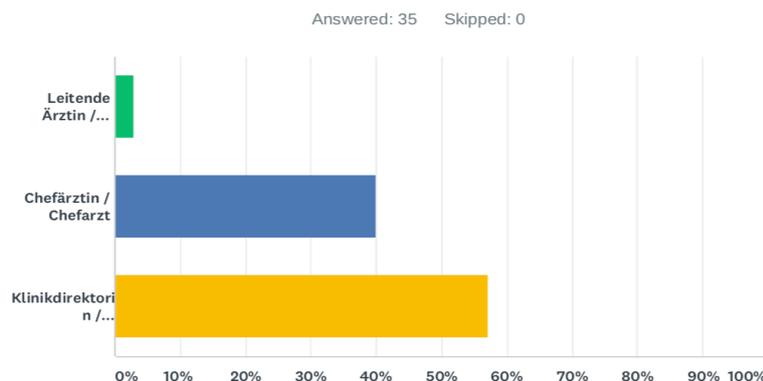
### 7.3. Auswertung Fragebogen

Zur genaueren Evaluation der Situation und Haltung gegenüber Topsharing im Inselhospital wurde ein Fragebogen über SurveyMonkey an sämtliche Klinikdirektorinnen und -direktoren sowie Chefärztinnen und -ärzten versandt. Der Fragebogen wurde bewusst kurz gehalten, da laut Aussage einzelner Klinikdirektoren, diese sehr oft mit Anfragen für Umfragen konfrontiert seien und sie diese Anfragen oftmals ignorieren würden.

Es wurden insgesamt 64 Personen direkt per eigene Insel-Mailadresse zur Umfrage eingeladen mit einem Mail-Reminder nach 14 Tagen. Insgesamt 35 Personen haben den Fragebogen ausgefüllt. Sämtliche Fragebogen wurden komplett beantwortet. Das Ausfüllen des Fragebogens dauerte durchschnittlich 4 Minuten bei 8 Fragen. Die Anonymität war stets gewährleistet.

Im Folgenden sollen die Resultate der einzelnen Fragen näher betrachtet werden:

#### Q1 Welche Funktion haben Sie zurzeit inne?

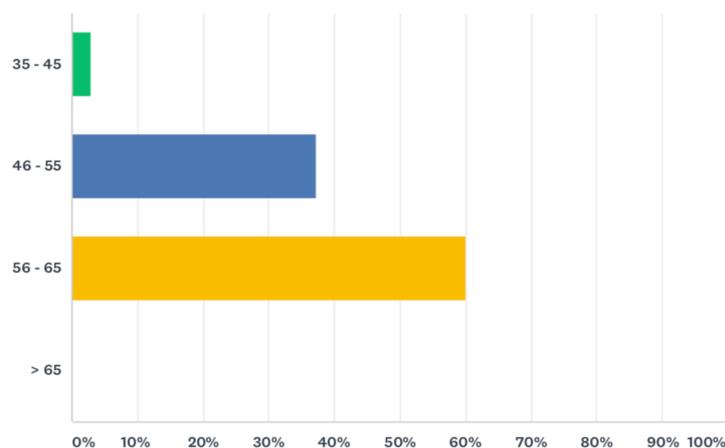


ANSWER CHOICES	RESPONSES	
Leitende Ärztin / Leitender Arzt	2.86%	1
Chefärztin / Chefarzt	40.00%	14
Klinikdirektorin / Klinikdirektor	57.14%	20
TOTAL		35

Die Rücklaufquote betrug knapp 55 % (54.69 %) bei 35 von 64 versandten Fragebogen. 20 Beantwortungen (knapp 60 %) entfielen auf Klinikdirektorinnen und -direktoren. Laut mündlicher Rückmeldung einiger Klinikdirektoren sei eine Beantwortung eines Fragebogens von 20 Klinikdirektorinnen und -direktoren ein sehr gutes Ergebnis, da diese wie oben bereits erwähnt täglich mit Mailanfragen zu Befragungen konfrontiert seien und solche Mails häufig einfach löschen würden.

## Q2 Wie alt sind Sie

Answered: 35 Skipped: 0



ANSWER CHOICES	RESPONSES	
35 - 45	2.86%	1
46 - 55	37.14%	13
56 - 65	60.00%	21
> 65	0.00%	0
TOTAL		35

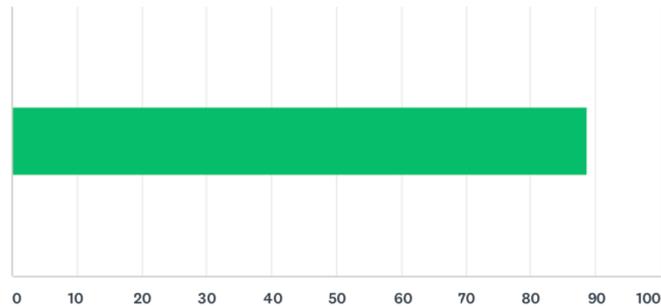
Zur Demografie wurde lediglich das Alter erfragt. Das Geschlecht wurde bewusst nicht beurteilt, denn bei nur vier Klinikdirektorinnen im Inselspital wäre so die Anonymität nicht mehr sicher gewährleistet gewesen, denn die Betrachtung der Beantwortungen der einzelnen Fragebogen hätte möglicherweise Rückschlüsse auf die Person zugelassen.

Die Altersverteilung ergab keine Überraschungen. Sie entsprach auch der Funktionsverteilung in Frage 1, mit mehr Klinikdirektoren als Chefarzten bei den Beantwortungen. Erstere sind in der Regel naturgemäss älter.

Es bleibt aber doch anzumerken, dass aufgrund der Altersverteilung mit 60 % der Beantworter zwischen 56 und 65 Jahren wohl heutzutage vor allem Personen mit dem Sozialisierungshintergrund der klassischen Rollenverteilung zwischen Mann und Frau die Positionen eines Klinikdirektors und/oder Chefarztes innehaben, was möglicherweise Einfluss auf die Einstellung und Mentalität zum Thema Topsharing oder Frauenförderung haben könnte.

### Q3 Wenn Sie an eine normale Arbeitswoche denken, wie häufig sind Sie effektiv vor Ort in der Klinik anwesend?

Answered: 35 Skipped: 0



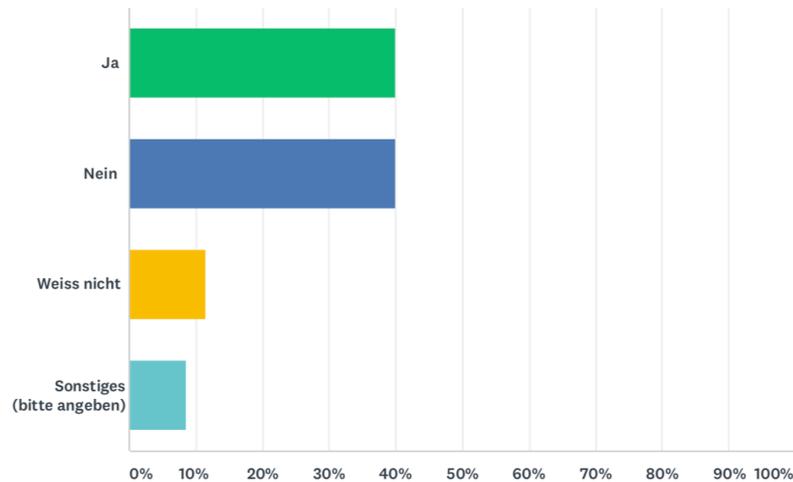
ANSWER CHOICES	AVERAGE NUMBER	TOTAL NUMBER	RESPONSES
	89	3,103	35
Total Respondents: 35			

Diese Frage zielte auf die tatsächliche Anwesenheit der Chefärztinnen und -ärzten vor Ort. Damit sollte die Hypothese belegt werden, dass auch eine Vollzeitbeschäftigung der Führungsperson Abwesenheiten mit sich bringt, welche jedoch problemlos im Team gemanagt werden können.

Mit einer durchschnittlichen Anwesenheit von 89 % der Zeit blieb dieser Wert jedoch deutlich über der von der Autorin erwarteten tatsächlichen Anwesenheit. Die Spanne bei allen Beantwortungen betrug 70 – 100 %, mit einem Einzelwert bei 45 %. Letztlich muss aber festgehalten werden, dass kaum je Chefärztinnen und -ärzte ständig vor Ort sind. In dieser Situation wird das aber von aussen nicht so wahrgenommen oder beurteilt, anders als im Gegensatz zu Abwesenheit bei Teilzeitarbeit von potentiellen Führungspersonen.

#### Q4 Wäre Ihre aktuelle Funktion in Ihren Augen in einem Topsharing (= Jobsharing in Spitzenpositionen) führbar?

Answered: 35 Skipped: 0

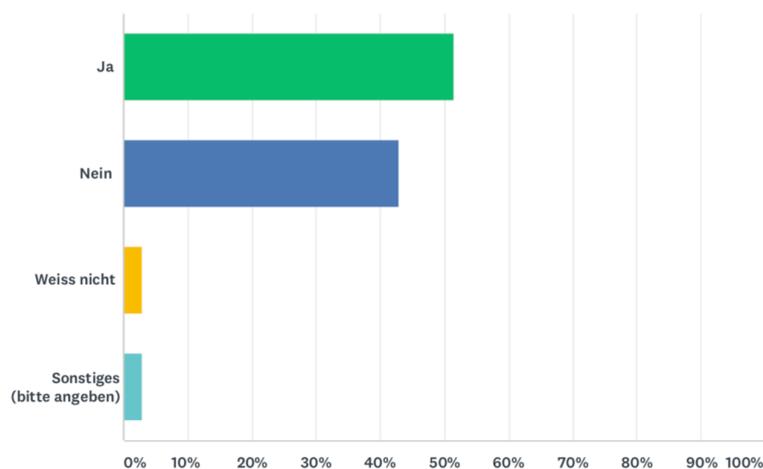


ANSWER CHOICES	RESPONSES	
Ja	40.00%	14
Nein	40.00%	14
Weiss nicht	11.43%	4
Sonstiges (bitte angeben)	8.57%	3
Total Respondents: 35		

Überraschenderweise hielten doch 40 % der Befragten ihre Anstellung auch in einem Topsharing durchführbar. Dies gegenüber 40 %, die das nicht so sahen. Die Kommentare der 3 Beantwortungen mit «Sonstiges», zeigten, dass 2 Personen ihre Arbeit bereits mit einem Co-Chefarzt oder im Team machen. Ein Beantworter beurteilte das Topsharing durchaus als machbar mit der Voraussetzung einer ausserordentlich gut funktionierenden Kommunikation (was ja entsprechend der Literatur eine Grundvoraussetzung eines gut funktionierendes Topsharings ist).

### Q5 Würden Sie persönlich ein Topsharing in Ihrer aktuellen Funktion als entlastend ansehen?

Answered: 35 Skipped: 0

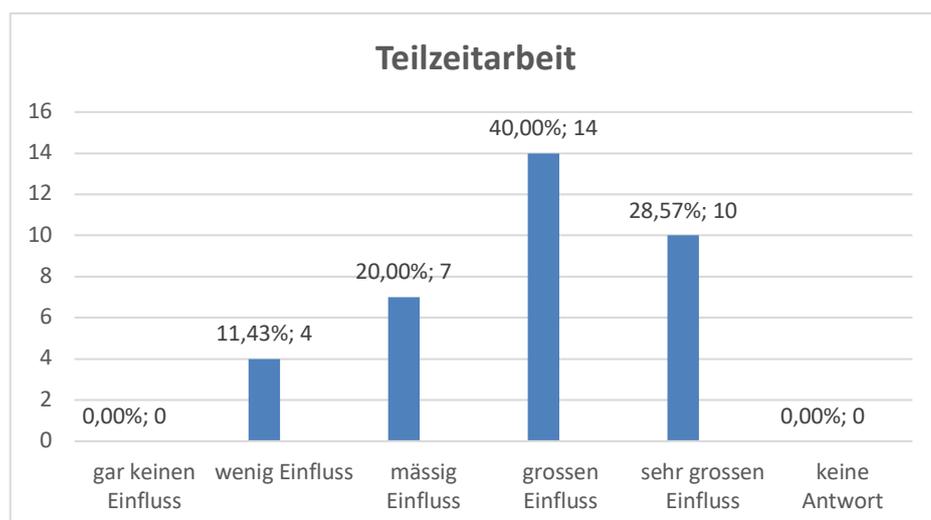
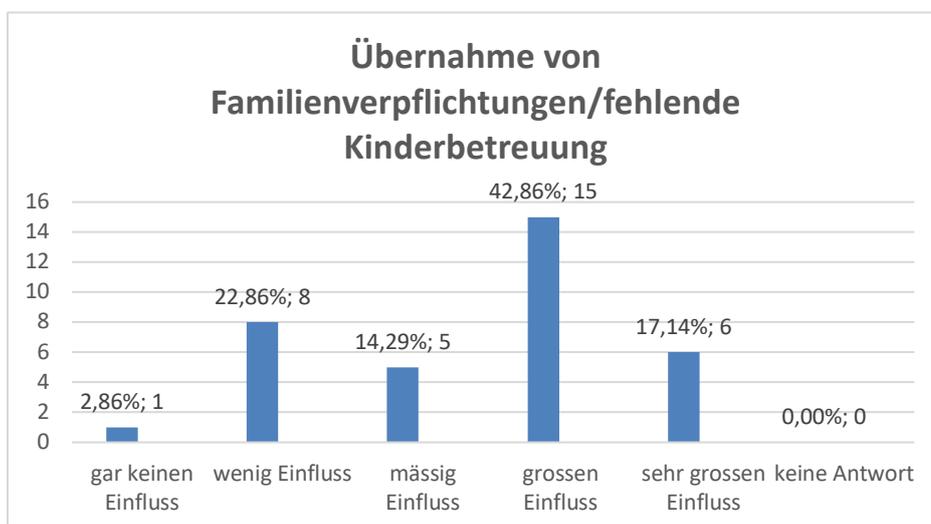
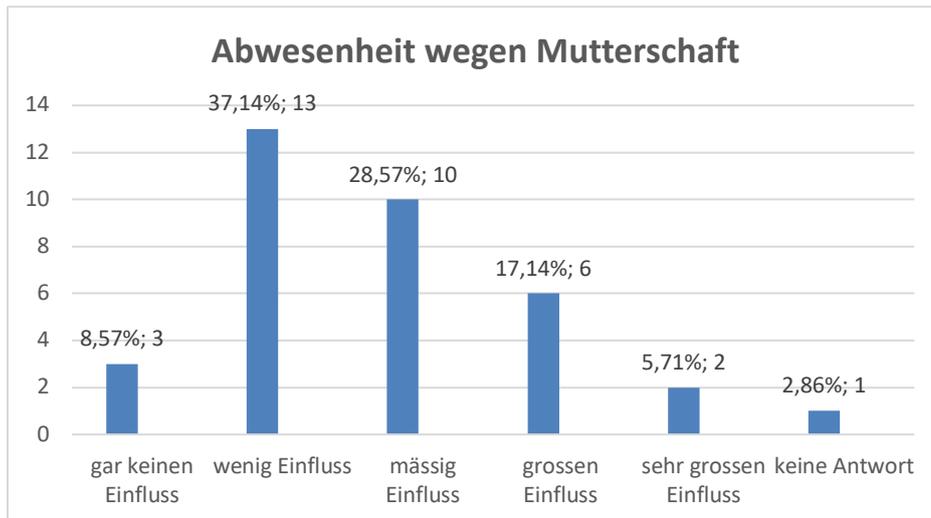


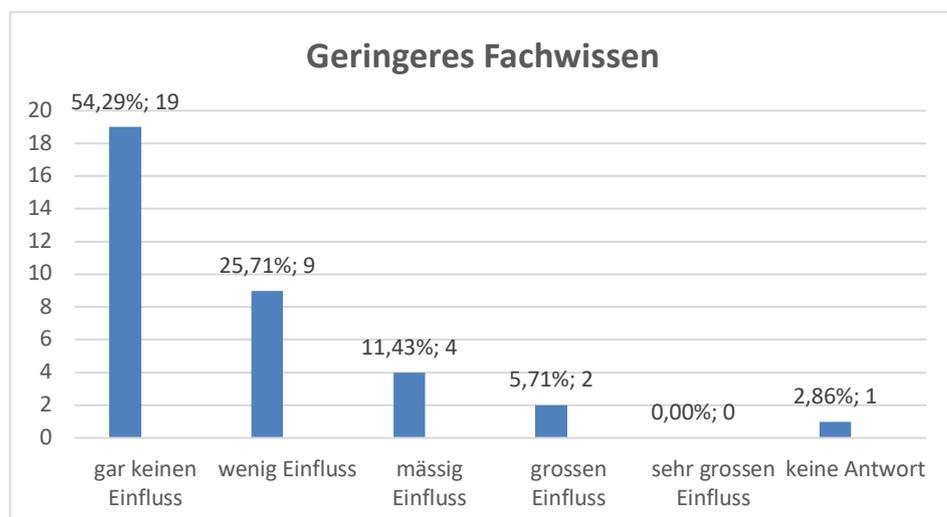
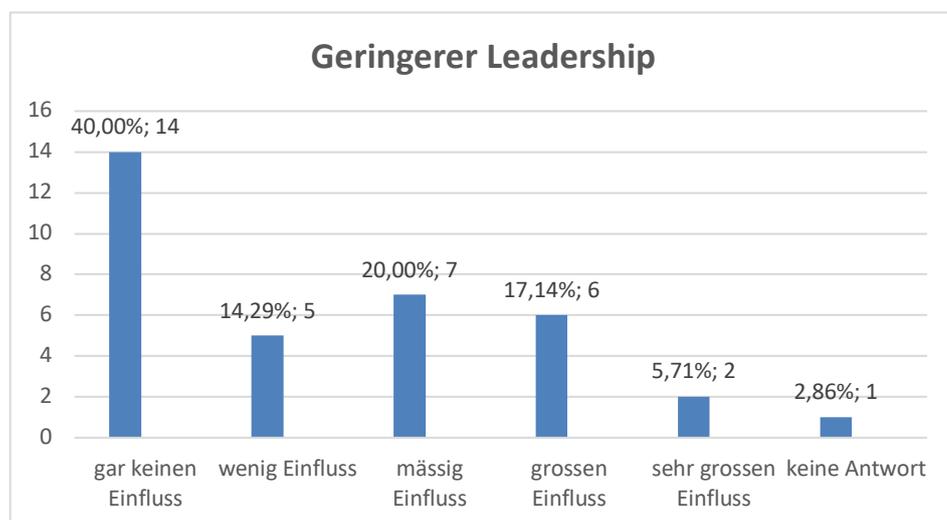
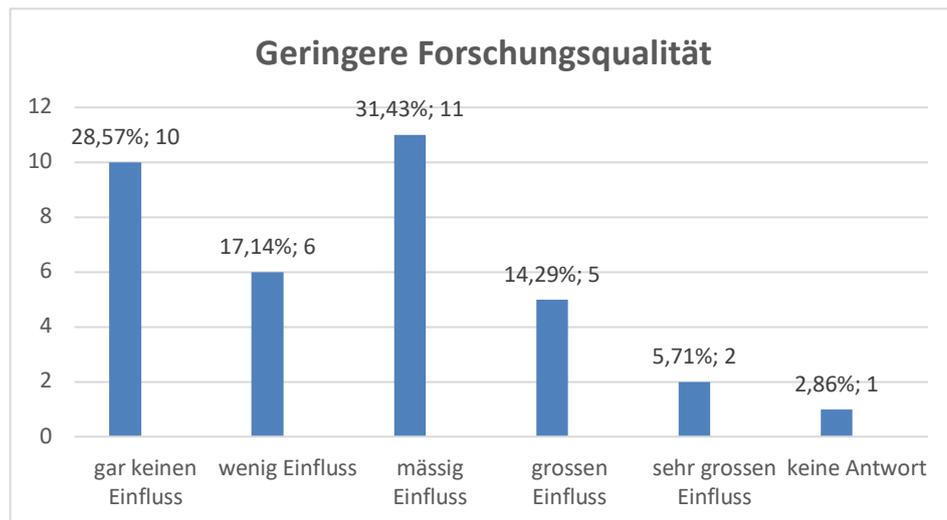
ANSWER CHOICES	RESPONSES
Ja	51.43% 18
Nein	42.86% 15
Weiss nicht	2.86% 1
Sonstiges (bitte angeben)	2.86% 1
Total Respondents: 35	

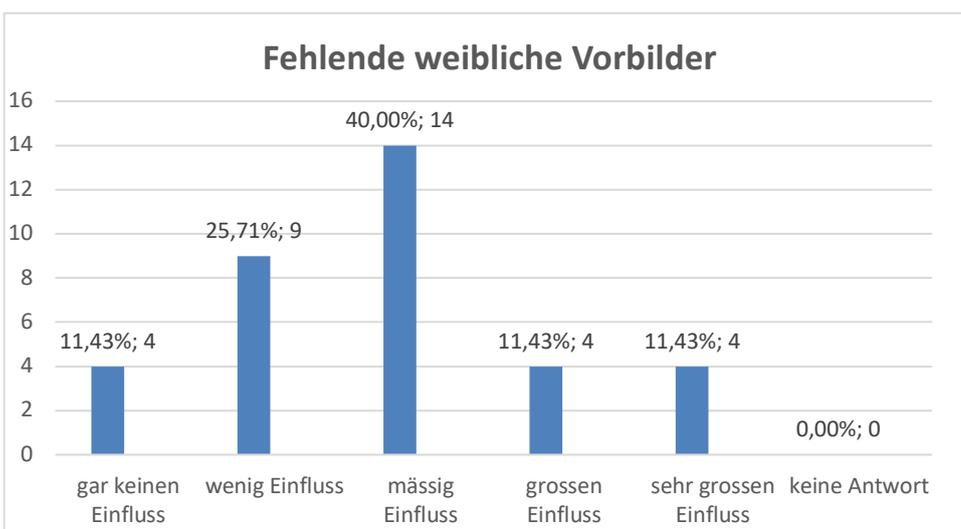
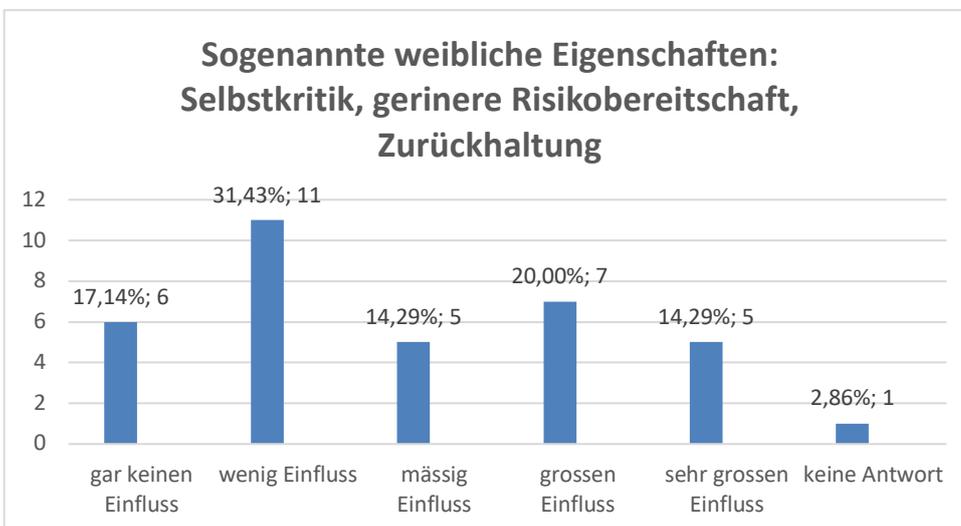
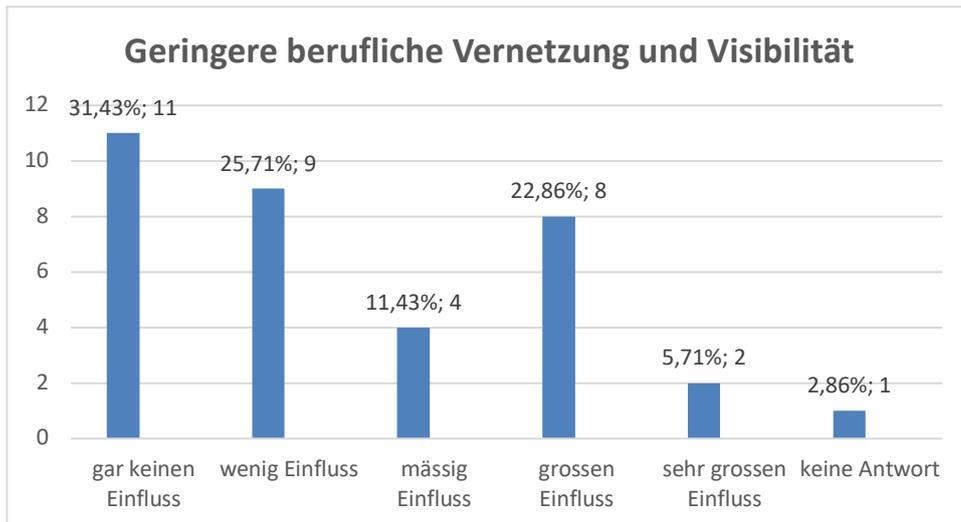
Die Anzahl der Personen, die ein Topsharing als entlastend ansahen, übertraf sogar die Anzahl in der vorhergehenden Frage, die ein Topsharing überhaupt als Möglichkeit bewerteten, nämlich 18 versus 14. Insgesamt sahen über 50 % (51.43 %) ein Topsharing als entlastend. Dies zeigt doch deutlich, dass die heutigen Klinikleiterinnen und -leiter wohl die Vielzahl der Aufgaben gerne auf mehrere Schultern verteilen würden. Die eine Beantwortung unter «Sonstiges» war dieselbe Person, die bereits bei der Frage 4 beschrieben hat, dass sie bereits als Team arbeiten.

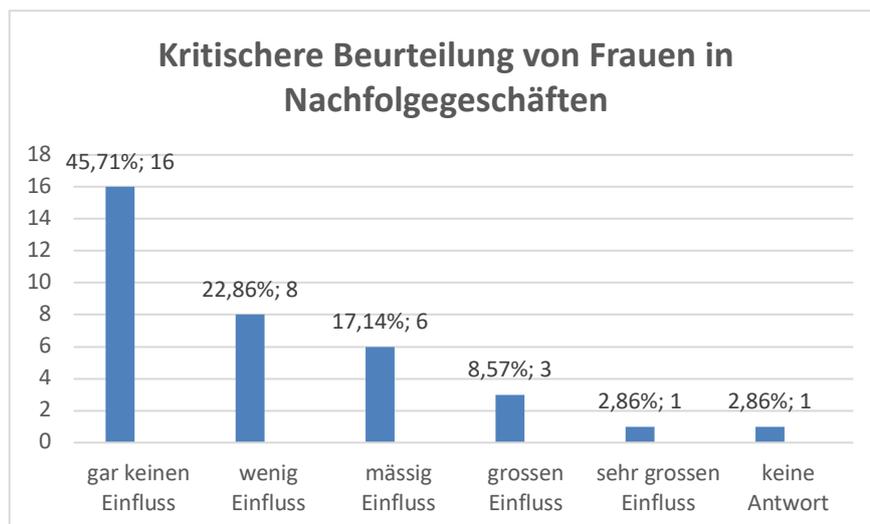
### Q6 Wie beurteilen Sie mögliche Gründe für die geringe Zahl an weiblichen Kaderärztinnen (Leitende Ärztin/ Chefärztin / Klinikdirektorin) im Insehsipital?

Die Antworten zur Frage 6 wurde zur besseren Lesbarkeit neu dargestellt.









Bei der Beantwortung dieser Frage zeigt sich deutlich, dass die Teilzeitarbeit und Übernahme von Familienpflichten, was oftmals in einem direkten Zusammenhang steht, als Hauptfaktoren für fehlende Frauen in ärztlichen Führungspositionen gesehen werden. Mangel an fachlichen Qualifikationen sehen die wenigsten als Ursache, was eigentlich erfreulich ist, denn dies bedeutet, dass die Frauen grundsätzlich klinisch gut gefördert werden.

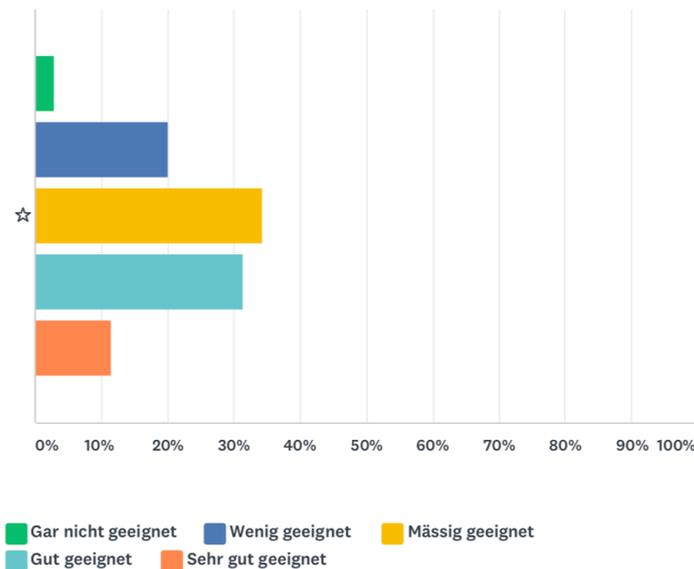
Die sieben Beantwortungen, die geringere Forschungsqualität als grossen oder sehr grossen Einflussfaktor bewerteten, verursachen einen etwas sauren Nachgeschmack. Es bleibt zu spekulieren, ob die Frauen bei Teilzeitarbeit weniger Zeit für die Forschung haben oder ob tatsächlich die Qualität schlechter ist.

Die fehlende Visibilität und sogenannt weibliche Charaktereigenschaften scheinen einen mässigen Einfluss zu haben. Im Interview mit von Orelli (siehe unten) kommt jedoch klar zutage, dass diese Visibilität in der vornehmlich männlichen Chefärztekreisen sehr hart erarbeitet werden muss und eminent wichtig ist.

Die Mehrzahl der Beantwortungen ergeben keine kritischere Beurteilung von Frauen in Ernennungsgeschäften. Dies wird auch im Interview mit dem ärztlichen Direktor (siehe unten) deutlich. Offenbar werden Frauen sogar oftmals wohlwollender beurteilt, respektive spielt der familiäre Hintergrund kaum eine Rolle. Dies steht etwas im Widerspruch mit der eigenen Erfahrung der Autorin, wo in einem Ernennungsgeschäft von einem Kommissionsmitglied/Professor die Frage in den Raum gestellt worden war, ob eine sich bewerbende Frau den Anforderungen der ausgeschriebenen Stelle mit zwei Kindern gewachsen sei. Da diese Erfahrung bereits mehrere Jahre her ist, scheint sich doch ein gewisser Wandel vollzogen zu haben.

Q7 Sehen Sie das Jobsharing/Topsharing im Insepsital als Möglichkeit der Erhöhung des Frauenanteils in Kaderpositionen (Klinikdirektorin/Chefärztin/Leitende Ärztin)?

Answered: 35 Skipped: 0



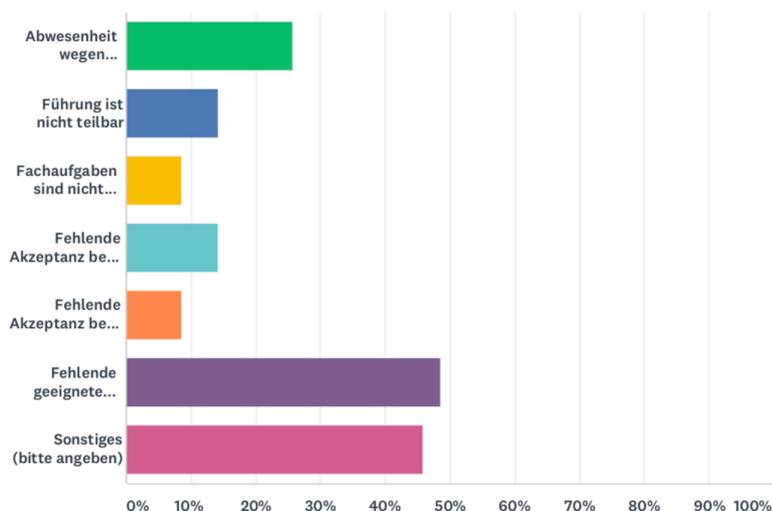
	GAR NICHT GEEIGNET	WENIG GEEIGNET	MÄSSIG GEEIGNET	GUT GEEIGNET	SEHR GUT GEEIGNET	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
☆	2.86%	20.00%	34.29%	31.43%	11.43%	35	3.29
	1	7	12	11	4		

Knapp 43 % sehen das Topsharing als gut bis sehr gut geeignete Möglichkeit der Frauenförderung. Einzig eine Person (knapp 3 %) sieht diesen Weg als ungeeignet und 20 % als wenig geeignet. Das ist ein Resultat, das zeigt, dass diese Art der Arbeitszeitflexibilisierung doch langsam an Akzeptanz gewinnt. Wenn hier noch die Beantwortung der nächsten Frage dazu gezogen wird, könnte spekuliert werden, dass bei einer höheren Anzahl Leitenden Ärztinnen als potentielle Kandidatinnen für ein Topsharing die positive Beantwortung noch höher wäre.

Eine Beantwortung dieser Frage unter Sonstiges scheint einen weiteren Punkt aufzugreifen: «*Eigentlich müssten wir auch besser verstehen, wieso wenig Frauen sich auf Top Positionen bewerben. Sind sie in der aktuellen Form für Frauen nicht attraktiv?*» Dieser Punkt scheint der Autorin sehr kongruent mit den Aussagen der weiblichen Interviewpartner der Best Practice-Beispielen.

## Q8 Wenn nein, warum nicht?

Answered: 35 Skipped: 0



ANSWER CHOICES	RESPONSES
Abwesenheit wegen Teilzeitarbeit	25.71% 9
Führung ist nicht teilbar	14.29% 5
Fachaufgaben sind nicht teilbar	8.57% 3
Fehlende Akzeptanz bei Mitarbeiterinnen und -arbeitern	14.29% 5
Fehlende Akzeptanz bei der Spitalleitung	8.57% 3
Fehlende geeignete Kandidatinnen	48.57% 17
Sonstiges (bitte angeben)	45.71% 16
Total Respondents: 35	

Wie bei der letzten Frage bereits andiskutiert, zeigt sich hier, dass knapp 50 % einen Mangel an geeigneten Kandidatinnen sieht. Dies ist doch ein deutliches Zeichen dafür, dass diese Lücke aktiv angegangen werden muss. Genau hier stehen die Klinikdirektorinnen und -direktoren in der Schuld, denn diese sind in der Position, Frauen zu Leitenden Ärztinnen zu ernennen, allenfalls bereits in einem Topsharing. Knapp 25 % sahen die Teilzeitarbeit mit der damit bedingten Abwesenheit als Negativfaktor, was sich teilweise auch in den gut 14% Antworten und einzelnen Bemerkungen unter Sonstiges zeigte mit den Kommentaren Führung oder nicht alle Führungsaufgaben v.a. als Klinikdirektorin /-direktor seien teilbar. Bemerkenswert sind einzelne Kommentare unter Sonstiges: «*Wollen Frauen das überhaupt?*» oder «*Führungspersönlichkeiten werden durch eine Teilzeit-Anstellung nicht ihren eigenen Erwartungen gerecht*». Eine Person bringt hier die Quote ins Spiel: «*Jobsharing ist eine Möglichkeit, eine Quote/Zielvorgabe wäre für den Anfang eine bessere Intervention*». Eine Person sieht das Jobsharing als Schlüssel für eine Veränderung im Topkader.

## 7.4. Interviews mit Best Practice-Beispielen

Nachdem im theoretischen Teil das Topsharing mit geteilter Führungsfunktion beschrieben worden ist, sollte diese Theorie mit der Realität verglichen werden. Dafür wurden Best Practice-Beispiele von weiblichen Topsharing-Paaren gesucht. Leider konnten im universitären Setting keine entsprechenden Personen gefunden werden, respektive konnten der Autorin von den Personalabteilungen einzelner Universitätskliniken aufgrund des Persönlichkeitsschutzes ihrer Angestellten keine entsprechenden Angaben gemacht werden. Es wurden aber mittels Internetrecherche, aufgrund des Wissensstands der Autorin und durch Befragung von Arbeitskolleginnen und -kollegen zwei Topsharing-Paare in grösseren Spitälern gefunden. Im Bürgerspital Solothurn besteht in der Chirurgie ein Topsharing auf der Stufe Stv. Chefärztinnen, im Triemlispital in Zürich wird die Gynäkologie von zwei Chefärztinnen im Topsharing geführt. Per Mail wurden diese Best Practice-Personen für ein Interview angefragt. Alle Interviewpartnerinnen hatten bereits mehrjährige Erfahrung im Topsharing und können als Expertinnen zu diesem Thema betrachtet werden.

Das Ziel der Interviews war, zwei reale Topsharings mit deren Organisation abzubilden und die theoretischen Erkenntnisse zum Topsharing in ihrer Durchführbarkeit im klinischen Alltag zu beurteilen. Im Spezifischen wurde auch die Umsetzbarkeit eines Topsharings im Inselspital diskutiert, denn alle Interviewpartnerinnen besitzen Arbeitserfahrung in einer Schweizer Universitätsklinik, sind aber aktuell in einem Kantonsspital, respektive Stadtspital angestellt.

Für die Durchführung der beiden Interviews wurden offene Fragen vorbereitet. Die Interviews wurden mit dem Einverständnis der Interviewten aufgenommen.

### 7.4.1. Ergebnisse aus dem Interview mit Dr. med. Annette Ringger und Dr. med. Ramona Cecini, Leitende Ärztinnen und Stv. Chefärztinnen Chirurgie im Bürgerspital Solothurn

Ihr Topsharing ist folgendermassen organisiert: Die eine ist während einer Woche immer 100% da, die andere 40%, alternierend jede Woche. Somit sind jeweils an zwei Tagen/Woche beide da. Einer dieser Tage ist aber für die ambulante Sprechstunde geplant, somit sind sie im klinischen Alltag gemeinsam ein Tag/Woche präsent. In der 100%-Woche ist man Drehscheibe für die Klinik mit nur wenigen geplanten Terminen. Es besteht eine gegenseitige Vertretung bei klinischen Problemen/Administrativem/Sitzungen bei Abwesenheit der anderen. Somit besteht insgesamt ein Pensum von 140%. Verträge laufen aber auf jeweils 80%, um die Ferientage tatsächlich beziehen zu können. Die

tatsächliche Arbeitszeit ist aber deutlich höher, schon nur durch die vielen Mails, die auch am freien Tag beantwortet werden.

Die 100%-ige Anwesenheit auch wichtig zum Präsenz markieren. Denn die beiden sind ja «Hausfrauen und Mamis» und in manchen Augen nur hobbymäßig am Arbeiten im Gegensatz zu den Männern, die habilitiert sind, obwohl letztere wahrscheinlich in der Klinik weniger anwesend sind als die beiden Topsharerinnen. Denn die Männer sind ja auch abwesend, jedoch wegen dienstlichen Verpflichtungen/Sitzungen/Lehrleistung/etc. Und das werde von aussen anders wahrgenommen, da der Mann ja ein Forscher ist.

50%/50%-Jobsharing würde nicht gehen, da man sich nie sieht, sich im Alltag nicht kennt. Auch Anwesenheit an halben Tagen geht nicht. Die gemeinsame Anwesenheit braucht es für den Austausch, Übergaben, aber auch um «Chropflärete» zu machen.

Die fachliche Leitung ist gemeinsam: Operationen machen beide alles, es wurde einfach thematisch etwas aufgeteilt in Beckenboden und Schilddrüsen-/Endokrinologie. Jeder hat seine eigenen Patienten, viele sind aber chronische Patienten, diese kennen beide.

Führungsaufgaben wurden komplett getrennt und nur die eine hat im jeweiligen Ressort das Sagen ohne gegenseitiges Einmischen. Dies, weil in der Vergangenheit schon versucht wurde sie gegeneinander auszuspielen. Aufgeteilt wurde einerseits in Personalführung der Assistenz- und Oberärzte von Bewerbung bis Austritt und Weiterbildungsordnung. Andererseits die interdisziplinäre Arbeit mit der Pflege, Sekretariat, IT und der Neubau des Spitalgebäudes. Ist die eine mit einem Problem der anderen Verantwortlichkeit direkt konfrontiert, wird dies an die Partnerin weitergegeben.

Die Vakanz in der Chefarztposition hat nie zu einer Anfrage an die beiden geführt, ob sie den Chefposten übernehmen würden, auch nicht in der initial vermuteten Abwesenheit des Chefarztes von 8 Wochen. Der Verlust des A-Status wäre ja bei kurzfristiger Leitungsübernahme überhaupt kein Problem gewesen. Es wurde ihnen vermutlich einfach nicht zugetraut. Das war das erste Mal, wo sie die gläserne Decke gespürt haben. Dies obwohl sie als einzige Konstante stets da waren, die Drehscheibe der Klinik sind und auch so wahrgenommen werden, insbesondere da der ehemalige Chef sehr oft im Partnerspital in Olten und somit abwesend war. Ob da allenfalls die sogenannten Männerclubs gespielt haben, muss offengelassen werden. Eventuell wurden sie als Mütter auch geschützt, aus der Schusslinie genommen, allenfalls wurde ihnen das auch nicht zugetraut. Die Frage warum sie nicht als Nachfolgerinnen angefragt worden sind, wurde nie explizit beantwortet. Jedenfalls haben sie sich als Konsequenz aus dem Leitungsgeschäft zurückgezogen und auf die Klinik fokussiert.

Die Akzeptanz des Topsharings ist im Team von Ärzten und Pflege voll da, auch in der Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen.

Sie sind vor einigen Jahren als Dreier-Paket mit dem Chefarzt nach Solothurn gekommen, die Akzeptanz der Spitalleitung war gross, denn der damalige Spitaldirektor war sehr offen und stand hinter ihnen. Auch unter dem neuen Chefarzt besteht die Akzeptanz. Er ist froh um ihre Präsenz und dass die Klinik läuft, wohl im Wissen, dass er auf sie angewiesen ist.

Wichtige Voraussetzungen für ein funktionierendes Topsharing sind Loyalität, gleiche medizinische Philosophie und Standards, gleiche Grundwerte, vergleichbare Arbeitseinstellung und gegenseitiger Respekt und Vertrauen.

Dass sich zwei Topsharer bereits kennen, ist wahrscheinlich eine unabdingbare Voraussetzung für ein gut funktionierendes Topsharing. Sie selber haben das Jobsharing bereits auf tieferer Kaderstufe als Oberärztinnen einüben können. Zwei völlig unbekannte Personen würden in einem Topsharing nicht funktionieren.

Die Aufteilung der Ressorts ist wichtig, um stets den Überblick zu haben. Geteilte Ressortführung bräuchte mehr Austausch, es wäre aufwändiger. Ressorts sind aufteilbar, die Führung der einzelnen Ressorts nicht. So entstehen auch keine Doppelspurigkeiten und es bringt mehr Ruhe in die einzelnen Gebiete. Das Personal weiss ganz genau, zu wem sie womit gehen müssen. Die Führung des Personals ist nicht teilbar. Denn Angestellte können einander ausspielen.

Auch im Topsharing bleibt jede Person sich, muss seinen Charakter zeigen können, seinen Platz finden, wo sie sich profilieren kann. Das gibt Befriedigung.

Sie seien aber beide Alpha-Tiere, jedoch sind sie sehr unterschiedlich. Das gibt auch ein gewisses Konkurrenzverhalten, das förderlich sein kann, indem man die andere in gewissen Bereichen als Vorbild nimmt. Sie haben ein Coaching gemacht, wo sie gelernt haben, die jeweiligen Stärken der anderen zu nutzen, sie gezielt einzusetzen und so die Aufgaben einzuteilen. Sie spielen so ihre jeweiligen Karten aus, als Ergänzung und nicht als Konkurrenz.

Das Coaching würden sie jedem in einer Führungsposition empfehlen. Sie machen das seit dem Wechsel vom Tiefenau ins Bürgerspital. Es sei wie eine Paartherapie.

Die geringe Anzahl weiblicher Führungskräfte wirft die Frage auf, ob eine solche Position wirklich erstrebenswert ist als Einzelperson. Möglichkeiten für Frauen zum Aufstieg sind gering, da es mehr Durchhaltewillen und Kraft braucht, da Frauen immer ein bisschen mehr kämpfen müssen aufgrund des nur ansatzweise bestehenden Paradigmenwechsels. Frauen stehen sich manchmal selber im Weg, indem sie sich häufig in all ihren

Funktionen als ungenügend empfinden, perfekt sein wollen, mit dauerndem schlechtem Gewissen als Mutter, Ehefrau und im Job. Dies hat auch teilweise mit intrinsischen weiblichen Eigenheiten zu tun. Mädchen hätten viel mehr die Tendenz beliebt sein zu wollen als Jungs, sind bescheidener. Wieviel erlernt oder genetisch ist, kann nicht definiert werden. Rein biologisch hat die Frau eine andere Funktion als der Mann. Männer hätten dieses schlechte Gewissen viel weniger.

Die Generation Y bringt eine Veränderung, wobei auch die Männer vermehrt auf private Zufriedenheit achten oder Teilzeit arbeiten wollen wegen der Familie.

Teilzeitarbeit der Frauen spielt im Chirurgischen Fach insofern eine Rolle, da die Lernkurve flacher ist. Teilzeit als Assistenzärztin ist sicherlich hinderlich, da alles viel länger geht. Später, nach abgeschlossener Weiterbildung, kommt es auf die Akzeptanz in der Klinik an. Es hängt vieles von der Unterstützung des Chefs ab, wie weit man in Teilzeit kommen kann.

Ihr Topsharing als stv. Chefärztinnen wäre auch im universitären Setting möglich. Habilitation als Voraussetzung ist eine Schwierigkeit bei den Frauen, da das zeitlich mit dem Kinder Kriegen zusammenfällt. Sie kennen viele Beispiele, wo Männer während der Habilitation die Kinderarbeit den Ehefrauen überlassen und sie sich komplett auf ihre Karriere fokussiert haben. Die Frau übernimmt immer noch viel mehr Aufgaben zuhause als Männer. Ist die Habilitation als Voraussetzung zur Chefärztin überhaupt sinnvoll? Eine Person kann ja nicht ein Top-Forscher, Top-Kliniker und eine Top-Führungsperson sein, unabhängig vom Geschlecht. Die Habilitation scheint wirklich der limitierende Faktor zu sein bei den Frauen, ausser sie machen Abstriche bei den klinischen Fähigkeiten. Ein spezifisches Programm für Frauen mit Familienverpflichtungen wäre sehr sinnvoll. Auch ein gutes Mentoring wäre sehr wichtig. Weibliche Vorbilder wären sicher auch förderlich für jüngere Akademikerinnen. So hatten sie in Solothurn auch bereits eine Medizinstudentin, die sich explizit beworben hat, weil sie beide als Vorbild gelten. Eine Habilitation als Bedingung für den A-Status einer Klinik ist unnötig und sagt nichts über die klinischen oder Führungsfähigkeiten des Chefarztes aus. Ausserdem haben viele Privatdozenten eine «Karrierebegleiterin» zu Hause: die Ehefrau. Ein Masterabschluss (z.B. MME oder MBA) sollte äquivalent behandelt werden wie eine Habilitation. Aber die Uniklinik hat natürlich einen Forschungsauftrag, der erfüllt werden muss. Aber warum muss die Forschung stets in der Klinik angesiedelt sein und nicht gesammelt in einem Forschungszentrum, unabhängig von den einzelnen Kliniken? Eine Chefärztin könnte die Forschungsleitung an Leitende Ärzte delegieren. Die Abstriche, die sie selber im eigenen Leben machen, sind nicht sichtbar, nach aussen scheinen sie einfach alles unter einen Hut zu bringen.

## **7.4.2. Ergebnisse aus dem Interview mit Dr. med. Stefanie von Orelli, Klinikdirektorin und Chefärztin Gynäkologie im Stadtpital Triemli, Zürich**

Als Chefärztinnen haben die Topsharerinnen Vertrauensarbeitszeit, Stunden werden nicht aufgeschrieben, die Ferien müssen bezogen werden. So wird oftmals zu viel gearbeitet.

Früher war es ein 70%/70% Topsharing, aktuell sind sie bei 90%/90%

Chefärztinnenfunktion. Das Wachstum der Klinik und die damit verbundene zeitliche Beanspruchung haben zu dieser Ausweitung der Arbeitszeit geführt. Der Arbeitstag dauert meist ca. 13.5 Std., häufig wird auch am Wochenende gearbeitet, denn da kann ein Dossier länger ungestört bearbeitet werden.

Von Orelli und ihre Topsharing-Partnerin Frau Gabriel sind je an einem Tag abwesend, ausser es sind wichtige Termine/Sitzungen/Fortbildungen/Vorträge an dem Tag anberaamt.

Fachlich sind die beiden Partnerinnen ähnlich ausgerichtet, die Ressorts wurden verteilt. Gabriel macht Personaladministration und alles rund um den Operationssaal, von Orelli ist als Departementsleiterin eher «Aussenministerin» an den Schnittstellen. Sie ist auch Spitalleitungsmitglied, hat somit etwas mehr Aufgaben für das ganze Spital. Projekte werden jeweils aufgeteilt, je nach aktueller Arbeitsbelastung oder Thematik.

Bei Abwesenheit der einen Dossierleiterin werden die Fragen nur bei Dringlichkeit von der anderen beantwortet. Im Büro haben die beiden eine gemeinsame Pinnwand, wo alle laufenden Projekte oder Patientinnen mit anspruchsvollen Krankheiten festgehalten sind. Dort werden stets der aktuelle Stand und alle Neuigkeiten notiert. Während 30 Minuten werden am Dienstag und Donnerstag diese Themen vor der Pinnwand gemeinsam besprochen und es wird gegenseitig upgedatet. So kommt Ruhe ins System.

Aber grundsätzlich sind sie ja nur bedingt ihre gegenseitigen Stellvertreterinnen, denn es gibt auch noch stv. Chefärztinnen/-ärzte, die bei Abwesenheit die Aufgaben übernehmen. Es besteht eine grosse Vertrauensbasis zwischen den beiden Topsharerinnen, denn ihre Haltung ist zu zweit besser zu sein als eine alleine. Es wird aber nicht jedes Detail besprochen, sondern es geht darum, gemeinsam auf Augenhöhe komplexe Sachverhalte ausdiskutieren zu können. Sie sind nicht nur additiv, sondern sie potenzieren sich so in ihrer Leistungsfähigkeit. Eigentliche Führungsaufgaben werden aufgeteilt. Eine hat immer den Wochenlead als Hauptansprechperson. Diese geht an alle Rapporte, kanalisiert Anmeldungen und Anfragen.

Die gesamte Klinik funktioniert als Team, nicht einfach nur sie zwei an der Spitze. Die Kaderärztinnen und Ärzte (es gibt nur einen Mann) sind eng im Team eingebunden, ihre Inputs an Teamsitzungen sind sehr wichtig, so funktioniert das Gesamtsystem viel besser. Ihr Führungsstil ist nicht matriarchalisch, sondern geprägt von flachen Hierarchien und

Beteiligung aller. Alle schwierigen Personalgeschäfte werden immer mit dem gesamten Kaderteam besprochen. So sind individuelle Befindlichkeiten weniger in den Vordergrund gestellt, denn das Kaderteam ist sehr heterogen, diversifiziert. Dieser Führungsstil wird geschätzt, das Team ist seit über 10 Jahren sehr konstant, wohl gerade, weil die Mitarbeiterzufriedenheit sehr gross ist, obwohl sie in den Privatkliniken mehr verdienen würden.

Diese teamorientierte Führung kann vielleicht als der weibliche Führungsstil bezeichnet werden, aber von Orelli ist überzeugt, dass das die Zukunft sein wird, denn nur so ist man nicht alleine an der Spitze und es können viel mehr Ideen einfließen.

Natürlich hat ein Topsharing auch Konfliktpotential. Deshalb ist es wesentlich, wie so ein Topsharing aufgebaut ist. Zu Beginn sollten sich beide Partner von einem Coach durchleuchten lassen zum Schauen, ob die beiden überhaupt zusammenpassen, ob ein ähnliches Führungsverständnis, eine ähnliche Arbeitsmoral und vergleichbare ethische Wertvorstellungen bestehen. Denn nur so kann ein gemeinsames Commitment entstehen. Mit einem begleitenden Coaching können mögliche Fallstricke einer gemeinsamen Führung bereits antizipiert und ein Werkzeugkasten erarbeitet werden, falls Probleme auftauchen sollten. Es ist ein wenig wie Kindererziehung mit zwei unterschiedlichen Elternteilen, die auch ständig im Diskurs bleiben müssen, um sich gegenseitig abzustimmen.

Sich vorher zu kennen ist nicht ein zwingender Faktor. Aber das fachliche Niveau muss vergleichbar sein. Wichtig ist die Offenheit, Probleme anzusprechen und die Konfliktfähigkeit. Auch der Wille zum Teilen muss da sein, denn zu zweit werden auch der Erfolg und die Lorbeeren geteilt. Schwierige Situationen können so aber auf vier statt nur auf zwei Schultern verteilt werden.

Die Patientinnen müssen offen über die gegenseitige Stellvertretung informiert werden. So ergibt sich ein Vier-Augen-Prinzip, was aber auch eine stete Kontrolle bedeutet, die zugelassen werden muss.

Die oft erwähnte Wichtigkeit der Kontinuität sollte nicht überschätzt werden, sofern der Austausch stimmt. Vollzeitarbeitende Kollegen sind ebenfalls abwesend, sei es durch Militär, Verpflichtungen bei Fachgesellschaften, Verwaltungsratsmandate, Lehraufträge, Forschung, etc.

Wichtig sind auch Netzwerkanlässe am Abend, da geht auch von Orelli bewusst hin.

Der Kulturwandel muss vollzogen werden, dass Abwesenheit wegen Teilzeitarbeit nicht als minderwertig betrachtet wird. Unter hohem Druck, weil andere Verpflichtungen anstehen (z.B. Kind von der Kita abholen), entsteht oft eine effizientere, dichtere Arbeitsweise als wenn letztlich open-end gearbeitet werden kann. Die gezielte Leistung,

die erreicht werden muss, kann so in kürzerer Zeit erreicht werden. So kann eine Führung mit Zielen und Motivation letztlich mehr Leistung erreichen.

Von der Spitalleitung wird das Topsharing vollumfänglich akzeptiert. Initial wurde teilweise schon leer geschluckt, aber mit dem Topsharing konnte über Medienpräsenz und Ruf als familienfreundliches Spital ein grosses Renommee für die gesamte Klinik aufgebaut werden. Das ist ein grosser Gewinn, der Faktor Familienfreundlichkeit wird ein immer wichtigerer Faktor für die Rekrutierung von Fachkräften.

Die Vorstellung, dass eine Chefärztin/ein Chefarzt einer Uniklinik ein hervorragender Kliniker und gleichzeitig Super-Forscher sein kann mit hoher Sozialkompetenz und überdurchschnittlichen Führungsqualitäten, Organisationstalent und Erwerb eines MBA entspricht einem Wundermenschen. Wo soll so einer gefunden werden?

Besser wäre ein Topsharing mit einem Partner mit Schwerpunkt Forschung und dem anderen mit Schwerpunkt Klinik mit entsprechender Erfahrung. Von Orelli war selber Leitende Ärztin am USZ ohne Habilitation. Sie wurde häufig bei Problemen in den Operationssaal gerufen, die anderen Ärztinnen und Ärzte hatten weniger Zeit für die klinische Arbeit mit ihren Verpflichtungen. So hat sie vielfältigste klinische Erfahrung gesammelt. Damit mehr Frauen an die Spitze von Kliniken gewählt werden, muss mit der Erwartung aufgehört werden, an der Spitze eine Person haben zu wollen, die alles kann. An dieser Veränderung muss noch viel gearbeitet werden. Ein Mann wird beispielsweise bei Ernennungskommissionen nie gefragt, wie er das mit seinen Kindern zuhause organisiert hat, Frauen dagegen schon.

Mit Kindern fragen sich Frauen viel öfter, ob der gebotene Job es Wert ist, die Kinder nicht selber zu betreuen. Viele Stellen sind es aktuell (noch) nicht wert, so zieht es Frauen zu wenig zurück zur Arbeit nach der Mutterschaftspause. Männer fragen sich dies viel weniger. Laut Studien empfinden sie viel mehr Befriedigung durch den über den Job erreichten Status, was ihnen genügt, Frauen wägen viel mehr ab.

Möglichkeiten, Frauen bis ganz an die Spitze zu bringen, sind Teilzeitstellen auf allen Kaderstufen zu schaffen. Die Spitalleitung des Triemlispitals macht aktuell eine Systemanalyse mit dem ColleagueM, um genau diese Probleme zu verbessern. Es braucht dringend einen Kulturwandel, die Frauen als ebenbürtig zu sehen mit der Wertschätzung, was Frauen mit Kindern mit sich bringen an effizienter Arbeitsweise oder Verständnis und Empathie für Patientinnen. Es braucht Netzwerke für Frauen. Es braucht Teilzeitstellen sowohl für Frauen wie auch Männer.

Auch der Arbeitsinhalt muss analysiert werden, denn Ärzte sitzen zu oft am Computer und erledigen Arbeit, die nicht ein Mediziner erledigen müsste. Nicht zwingend ärztliche Tätigkeiten sollten ausgelagert werden.

Die patriarchalisch geprägten Strukturen und Denkweisen in Unikliniken haben ebenfalls eine Bedeutung in der fehlenden Frauenförderung. Ein Chefarzt zieht in der Regel seinesgleichen nach, sucht sich seine Leute aus; es werden nicht die andersartigen gefördert, z.B. auf Stufe Leitender Arzt. Die Männerclubs haben da eine grosse Bedeutung, es spielt das Vitamin B. So erhält ein Chef eine für sich optimale Lösung, aber möglicherweise nicht die objektivierbare beste Lösung als Nachfolge. Das ist für den Chef der unkomplizierteste Weg. Andere Wege würden eine grosse Offenheit bedingen. Oberärztinnen sind in der Regel zwischen 30 und 40 Jahre alt und werden in dem Alter auch schwanger. Dürfen diese Stellen wegen der Spitalstruktur nicht ersetzt werden, so sind die Ausfälle wegen Mutterschaft ein Störfaktor. Da es mit Männern unkomplizierter ist, nimmt ein Chefarzt lieber einen Mann in sein Kaderteam. Das zeigt, dass es auch strukturelle Probleme gibt in Spitälern.

Es braucht eine Frauenquote. Denn es wurde bereits genug ausprobiert ohne die Ziele zu erreichen. Offenbar besteht einfach noch zu wenig Druck im System. Aber die Quote nicht als alleiniger Lösungsfaktor, sondern flankierend.

Der Frauenstreik hat Hoffnung erweckt. Die Frauen haben eine wichtige Rolle in der Gesellschaft und in der Arbeitswelt, sie sollen auch mit Kindern nicht nur in kleinen Pensen arbeiten. Dafür braucht es auf jeden Fall auch die Männer, die unterstützen. Frauen sollten den Anschluss in ihrem Beruf nicht verlieren, denn so geben sie sich in eine starke Abhängigkeit von ihrem Lebenspartner. Bei der aktuell hohen Scheidungsrate von über 50%, stehen sie dann mit 50 Jahren möglicherweise da, die Kinder sind ausgezogen, und haben keine Möglichkeit mehr aufgrund all der technischen und wissenschaftlichen Erneuerungen, wieder in der Arbeitswelt Fuss zu fassen. Es gibt dann massive finanzielle Einbussen in verschiedener Hinsicht, u.a. in der Altersvorsorge.

Von Orelli's Topsharing wäre absolut auch in einem universitären Setting möglich. Wenn man das Potential der Frauen nutzen will, muss man das Ziel haben, Frauen in Führungspositionen zu bringen, dies unter anderem durch die Anpassung der Strukturen, damit sie überhaupt dahin kommen können. Dies erreicht man auch durch die Ermöglichung der Teilzeitarbeit oder durch Aufsplittung der Arbeit (z.B. Forschungsgruppe führen und dafür Entlastung im klinischen Alltag) und zwar für Frauen und Männer. Die Karriereplanung sollte für Frauen und Männer frühzeitig beginnen. Insbesondere wenn eine Ärztin schwanger wird, sollten mit ihr die Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie besprochen und geplant werden.

In der Uniklinik sind immer noch v.a. männliche Kollegen Lehrstuhlinhaber. Diversifizierte Teams arbeiten besser, das bedeutet, dass Frauen sich mit ihren eher als weiblich geltenden Talenten einbringen können. Unsere Geschichtsbücher sind voll mit männlichen Helden. Wir alle wurden so in der Schule geprägt. Dass Frauen Aufgaben eventuell anders lösen, und dass das gemeinsame Lösen von Aufgaben deshalb erfolgreicher ist, müssen wir lernen.

Wenn Stellen ausgeschrieben werden, hören wir oft, es würde schon eine Frau genommen, aber es hat eben keine mit denselben Qualifikationen. Wenn es nun Quoten gäbe, wird es zur Pflicht, schon ganz früh mit der Karriereplanung zur Erreichung entsprechender Qualifikationen zu beginnen und attraktive Stellenmodelle für Frauen und Männer zu schaffen.

Geschlechtsanonymisierte Bewerbungsunterlagen in Ernennungsverfahren könnten ebenfalls ein Weg sein. Jedoch bei den Interviews hört die Anonymisierung auf. Ob das eine Steigerung der weiblichen Kandidatinnen bringt, glaubt von Orelli nicht.

Das Habilitationsverfahren muss für beide gleich sein, es müssen dieselben Spielregeln gelten. Diese Spielregeln müssen so sein, dass sich sowohl Frauen wie Männer eine Familie daneben leisten können. Auch Männer möchten heute Teilzeit arbeiten und für die Familie da sein. Diese Männer werden häufig nicht ernstgenommen, gelten als „der Teilzeitmann“, als weniger motiviert oder fähig. Die Vereinbarkeit von Nebenleben und einer hochstehenden Arbeit muss für beide Geschlechter gefördert werden. In Zürich wurde den Frauen für das Habilitationsverfahren ein längerer Horizont zugesprochen als Anerkennung der Mutterschaft.

Weibliche Vorbilder sind extrem wichtig. Schon als Kind zu sehen, dass Frauen alle höchsten Positionen erreichen können, wäre sehr hilfreich.

Rückmeldungen über den Wunsch eines Topsharings hat von Orelli einige erhalten. Es bleibt aber in den chirurgischen Fächern wie der Gynäkologie zu berücksichtigen, dass die Spezialisierung in der Medizin extrem fortschreitet. Eine einzelne Person kann nicht mehr alle Bereiche auf hohem Niveau abdecken. Die Aufteilung in verschiedene Subspezialitäten ist eine Möglichkeit der Arbeitsaufteilung. So kann eine Teilzeitarbeitende eine sehr hohe Fachlichkeit haben, das heisst sich in einem kleineren Gebiet spezialisieren.

Von Orelli betont nochmals die Wichtigkeit, als Arbeitgeber alternative Modelle anzubieten. Das Umdenken muss stattfinden bei den Personen, die aktuell Entscheidungsträger sind. Dass ein Chef, eine Chefin alles können und wissen muss, ist ein alter Zopf. Sie muss v.a. begabte Mitarbeitende fördern und richtig einsetzen.

Führung ist sehr gut teilbar, wenn man sich gut aufteilt, klar macht, wer wann für was verantwortlich ist. Dabei sind eine offene Gesprächskultur und das Teilen können von Erfolg und Misserfolg unumgänglich. Der Klassiker als Beispiel ist die «Normalfamilie mit Kindern»: da wird tagtäglich vorgelebt, dass Führung unter Mann und Frau sehr gut teilbar ist, darauf basiert unsere Sozialisierung. Warum sollte das denn in der Medizin nicht gehen?

### **7.4.3. Fazit der Interviews mit Best Practice-Beispielen**

Mit ihrer langjährigen Erfahrung sind alle Interviewten als Experten im Topsharing zu betrachten. Betont wurde der Fakt, dass die Förderung der Teilzeitarbeit im Job- und dann Topsharing früh eingeleitet und begleitet werden muss. Nur so kommen die gut ausgebildeten Frauen (und wohl zunehmend auch Männer), die auch ihre Familienaufgaben wahrnehmen wollen, als bereits erfahrene Jobsharerinnen in die Funktion der Leitenden Ärztin. Dafür ist ein Kulturwandel notwendig, der dieses Bild der Ein-Mann-Führung aus unseren Köpfen bringt und auch aus denen der aktuellen Klinikdirektoren. Denn mit all den steigenden Ansprüchen an eine Führungsperson, kann diese eine Person gar nicht mehr alle Themen in hoher Qualität abdecken. Eine Führung im Team ist möglich, Ressorts müssen dafür klar aufgeteilt, die Rollen nach aussen klar definiert werden. So kann die Last auf mehrere Schultern verteilt werden, aber auch die Lorbeeren gehen an beide. Ein funktionierende Topsharing benötigt gewisse Voraussetzungen, wie sie im theoretischen Teil diskutiert worden sind. Ein Coaching vor und während des Topsharings wird als sehr hilfreich und wichtig erachtet. Es kann festgehalten werden, dass die im theoretischen Teil diskutierten Konzepte zum Topsharing die Realität sehr adäquat abbilden.

## **7.5. Ergebnisse aus dem Interview mit Prof. Dr. med. Martin Fiedler, Ärztlicher Direktor des Inselspitals Bern und Direktor des Universitätsinstituts für Klinische Chemie des Inselspitals**

Die geringe Anzahl weiblicher Führungspersonen im obersten Kader in der Ärzteschaft ist eine Frage, die die Spitalleitung schon lange beschäftigt. Es gibt kaum Untersuchungen zu dieser Frage. Es gibt nur Hypothesen. Nach 15 Jahren mehr weiblicher Abschlüsse im Humanmedizinstudium sollte man erwarten, dass auch mehr Frauen in den obersten Funktionen ankommen. Warum steigen diese Frauen vorher aus? Wahrscheinlich gibt es aktuell zusätzlich noch ein Generationenphänomen. Die aktuelle Mentalität der Führungspersonen sprechen wohl die wenigsten aus dem jetzigen Nachwuchs an.

Frauen scheinen zu intelligent, um sich auf eine solche Position mit 60 – 80Std./Woche einzulassen. Die zukünftige Generation - auch der Männer - wird den Job nicht mehr so machen wollen. Aktuell befinden wir uns in einer Übergangsphase.

Es gibt Fächer, wo heute schon Frauen ganz oben sind (aktuelles Beispiel Neubesetzung Professur Humangenetik). In der Regel sind dies Fächer, die sich gut organisieren lassen. Viele klassische Fächer sind mit Belastungen konfrontiert, wo ein Leben neben dem Spital schwierig zu führen ist. Vielleicht ist es ein positives Zeichen, wenn Frauen sagen, sie möchten ihr Leben breiter aufstellen als «nur» die ärztliche Tätigkeit auszuführen. Es gibt jedoch keine aktiven Hindernisse für Frauen, die gläserne Decke gibt es nicht in Fiedler's Augen.

In Nachfolgekommissionen gibt es inzwischen den umgekehrten Reflex: es wird aktiv versucht, weibliche Bewerberinnen so weit wie möglich nach vorne zu bringen. Die Frauen werden in Nachfolgekommissionen auch nicht geschützt oder die Position würde ihnen nicht zugemutet werden. Im Gegenteil, es wird aktuell in Kommissionen gar nicht gefragt, in welchem familiären Umfeld sich die Kandidatin bewegt. Dieser familiäre Komplex wird komplett ausgeblendet, es wird nur auf die fachliche Seite der Person fokussiert. Geschlechterverblindete Bewerbungen würden somit nichts ändern. Im Gegenteil, Frauen werden viel positiver beurteilt. Es gibt einfach weniger Frauen, die sich bewerben.

Heute beschäftigen wir uns mit der Frage, wie mehr Frauen in Führungspositionen gebracht werden können, in Zukunft wird sich die Frage stellen, wie bekommt man überhaupt noch Personal in Führungspositionen? Müssen wir nicht unsere Führungskonzeption verändern? Hier muss angesetzt werden. Und da kommen wir zum Thema Topsharing. Wobei der Begriff für Fiedler etwas unglücklich ist. Denn aus seiner Perspektive geht es nicht, eine Top-Leitungsposition auf zwei Personen aufzuteilen. Das ist führungstechnisch für die Mitarbeiter eine stressige Geschichte. Dieselbe Verantwortung kann nicht gesplittet werden. Aber die Verantwortung kann neu aufgeteilt werden. In einem universitären Umfeld können die Verantwortungsbereiche neu aufgeteilt werden, z.B. in Forschung und Dienstleistung.

Führung muss weg von dieser einen Person, die den Anspruch hat alles in dieser komplexen Umgebung zu machen, hin zu einer Kombination aus gutem Dienstleister mit Personen, die forschungsmässig und ökonomisch stark sind, aber auch gute Ärzte sind, um nicht nur den ökonomischen Sichtwinkel zu haben. Da liegt die Zukunft: mehrere Personen in der Führung aber mit ganz klar definierten Ressorts. Einer muss aber entscheiden können, wenn sich alle nicht einig werden.

Der Begriff Frauenförderung bedeutet irgendwie, dass Frauen nicht in der Lage sind, es selber zu können. Es braucht eine andere Kultur, andere Rahmenbedingungen, um Frauen in so eine Führungsposition hineinzuentwickeln.

Wollen denn Frauen überhaupt in so eine Führungsposition? Kann es denn nicht etwas Erfüllendes sein für eine junge Frau, sich um die Kinder zu kümmern und zu sagen, dass das wichtiger ist als sich in einen Karrierestress zu bewegen? Wir sind nun in einem Switch der Generationen, in einer Transformationsphase, die Trennung zwischen Mann und Frau wie wir sie machen, wird bei der nächsten Generation wohl nicht mehr stattfinden. Viele Klinikdirektoren sind noch im alten Rollenbild der Geschlechter aufgewachsen. Das historische Rollenverständnis spielt klar eine Rolle für die heutige Situation.

Um das angepeilte Ziel der Professuren und Assistenzprofessuren möglichst schnell zu erreichen, muss die Förderung sehr früh erfolgen mit Tenure Track Professuren, um den Frauen in einem eher geschützten Umfeld aufzuzeigen, dass sie den Weg in diese Richtung gehen können. So kann man frühzeitig Führung lernen. Ausserdem müssen Frauen gezielt gewonnen, angesprochen werden bei Ausschreibungen.

Eine Quote ist das letzte aller Mittel. Wer will als Quotenfrau wahrgenommen werden? Das ist zum Teil sehr negativ geprägt, denn es bedeutet Anstellung/Beförderung unabhängig von der Qualifikation. Es werden ohnehin in der nächsten Generation auch die Männer fehlen, denn die wollen das gar nicht mehr.

Teilzeitarbeit der Frauen kann ein Hindernis sein, 60% wäre zu wenig, 80% kann gehen. Die Kennzahlen als Massstab für Leistung, die wir bei der Auswahl anlegen, sind Zahlen die nur durch Leistung erbracht werden können und Leistung ist nun mal Arbeit x Zeit. Somit muss diese Zeit natürlich investiert werden, sonst bekommt man es nicht hin.

Es bräuchte Beispiele, um zu beurteilen, ob Führung im Doppelpack gehen würde. In seiner eigenen Klinik ist der Versuch, die Leitung seinen Leitenden Ärzten zu übergeben, gescheitert. Einzig die Anwesenheit von ihm als Chef liess die Klinik funktionieren, denn in der Wahrnehmung der Mitarbeiter war er trotz Abwesenheit immer da.

Die Abwesenheit einer Person in einem Topsharing könnte dieses System nicht funktionieren lassen, die Präsenz ist vielleicht ein Schlüsselmoment für das gute Funktionieren. In seinem Tandem mit dem Medizinischen Direktor der Inselgruppe sind beide 100% da. Vielleicht funktioniert es deshalb so gut.

Fiedler würde wegkommen vom klassischen Jobsharing, sondern hin zum Modell von mehreren Köpfen in der Führung mit klaren Ressorts. Das ginge dann auch beispielsweise mit 3 x 80%.

Das Topsharing wäre förderbar im Inselspital, man müsste es aber früh ansetzen, um sich in der Rolle einzufinden und einzuüben. Eine späte Umsozialisierung eines «Einzelgängers» wäre sicherlich schwierig. Die Integration solcher Modelle sollte bereits spätestens auf Oberarzt-Ebene stattfinden, um sie einzuverleiben. Warum das so wenig gemacht wird, ist Fiedler nicht klar. Das neue Führungsmodell muss kultiviert werden, das muss ganz unten beginnen.

Fehlende Rollenbeispiele an Führungsfrauen ist ein grosses Problem. Sie könnten sehr motivierend nach unten wirken.

Schwangerschaft/Mutterschaft/Teilzeit sind keine Ausschlusskriterien für solche Frühförderung, jedenfalls nicht für Fiedler. Aber auch in solchen Situationen müssten die Frauen klar zeigen, was sie wollen und etwas leisten, wenn sie ihren Freiraum bekommen. Die Motivation etwas einbringen zu wollen, muss sichtbar sein. Dass die Rahmenbedingungen mit Kindern anders sind, ist selbstverständlich.

Das Universitätsreglement zum Jobsharing in Führungsfunktionen wurde bei der fakultären Gleichstellungskommission von Fiedler kritisiert. Was gemacht worden ist, weiss er nicht. Dieses Reglement müsste in seinen Augen reformiert werden.

Man muss anfangen, eine neue Kultur zu schaffen und sich zu fragen, ob das Modell des Ordinariats in dieser heutigen Form wirklich weiterzuführen ist.

## 8. Handlungsempfehlungen

Die folgenden Handlungsempfehlungen wurden in Zusammenschau der theoretischen Erkenntnisse mit den empirischen Resultaten abgeleitet. Es lässt sich dabei durch die Wahl der Methodik bei der Empirie eine gewisse Subjektivität nicht ganz vermeiden; bei den Aussagen der Interviewpartner und der Beantwortung des Fragebogens bleibt stets der persönliche Sichtwinkel bestehen. Der Autorin ist bewusst, dass die Handlungsempfehlungen zum grossen Teil mit einem Kulturwandel in Verbindung stehen. Solche Veränderungen der Kultur benötigen eine grosse Offenheit und vor allem Ausdauer.

### 8.1. Handlungsempfehlungen an die Spitalleitung des Inselspitals

Es ist die Zeit für einen aktiven **Kulturwandel!** Die Autorin empfiehlt, die aktuelle Struktur mit Klinikdirektor und Lehrstuhlinhaber kreativ zu überdenken. Die Anforderungen an eine/n Klinikleiter/in sind deutlich höher als noch vor 20 Jahren. Die wirtschaftlichen und somit auch strukturell-organisatorischen Aufgaben haben deutlich zugenommen, der finanzielle Druck im Gesundheitswesen hat sich stark erhöht. Auch sind die Mitarbeiter, insbesondere die der aktuellen Generation Y, anspruchsvoller geworden mit stärkerer Gewichtung der Work-Life-Balance. Somit ist Mitarbeiterführung mit grösseren Herausforderungen verbunden als dies früher der Fall war, wo schon alleine durch die Hierarchieunterschiede das Team funktioniert hat.

Entsprechend den Aussagen des Ärztlichen Direktors sind es wahrscheinlich bald auch die Männer, die nicht mehr dazu bereit sein werden, die Monsteraufgabe eines Klinikdirektors zu übernehmen mit den mit dieser Stellung verbunden hohen Arbeitszeiten. Der Klimawandel von bottom-up ist am stattfinden. Es wäre empfehlenswert, wenn dieser auch von **top-down** aktiv gestaltet würde. Ein empfohlenes Ziel wäre, die **Klinikführung auf zwei oder drei Köpfe zu verteilen** mit klar definierten Ressorts, wie zum Beispiel Forschung und Dienstleistung oder auch zusätzlich Klinikorganisation.

Die Spitalleitung sollte die Klinikdirektorinnen und -direktoren dazu anhalten, dass bei der **Ernennung zum/zur Leitenden Arzt/Ärztin die Geschlechter ausgeglichen berücksichtigt** werden unter Einhaltung der Qualifikationskriterien. Somit müssen die Klinikdirektorinnen und -direktoren **mehr Teilzeitstellen und Topsharings für Leitende Ärztinnen** anbieten.

Auch die Schweizer Unternehmen haben die Wichtigkeit der Gender Diversity erkannt: entsprechend Schilling-Report 2020 haben die Frauen in Geschäftsleitungen und Verwaltungsräten deutlich zugenommen. Es wird in dem Zusammenhang auch die Strahlkraft dieser Ernennungen sowohl nach aussen als auch nach innen betont (Guido Schilling AG, 2020). Dies zeigt **die Wichtigkeit weiblicher Vorbilder** für andere Ärztinnen in der Karriereförderung. Dies wird auch im Fragebogen deutlich gemacht, wo knapp 23 % den Einfluss dieser fehlenden Vorbilder als grossen oder sehr grossen Einflussfaktor sehen.

Jüngere Forscherinnen können auch mittels Assistenzprofessuren mit oder ohne Tenure Track geschützter an die zukünftige Rolle herangeführt werden. Somit muss unbedingt **das definierte Ziel von 40% Assistenzprofessuren erreicht werden**. Entsprechende Massnahmen müssen nun rasch definiert und umgesetzt werden. Allenfalls muss sogar über eine Quote diskutiert werden, wenn andere Massnahmen nicht zum Ziel führen.

## **8.2. Handlungsempfehlungen an die Klinikdirektorinnen und -direktoren des Inselspitals**

Wie sich im empirischen Teil gezeigt hat, wird der weibliche Nachwuchs oftmals noch zu wenig gefördert. Denn die zukünftigen Chefärztinnen und Klinikdirektorinnen werden in der Regel aus der Hierarchiestufe der Leitenden Ärztinnen rekrutiert, da hauptsächlich die Leitenden Ärztinnen und Ärzte die Kriterien bei den Ausschreibungen auf Chefarztpositionen erfüllen. Die Ernennung zur Leitenden Ärztin ist nach aktueller Regelung an eine Habilitation gebunden. Wie den Tabellen 2 und 3 auf Seite 17 und 18 zu entnehmen ist, standen 2018 39 Leitende Ärztinnen 139 Leitenden Ärzten gegenüber. Naheliegend ist somit der Karrierevorteil der Männer.

Da im theoretischen Teil gezeigt werden konnte, dass es immer noch hauptsächlich die Frauen sind, die nach der Familiengründung auf Teilzeitarbeit umsteigen, wohingegen bei Männern eine Familie als Zusatzprestige wirkt, müssen auch die Teilzeit arbeitenden Frauen frühzeitig gefördert und gefordert werden.

Somit sollten die Klinikdirektorinnen und -direktoren **frühzeitig aktive Karriereplanung** mit dem weiblichen Nachwuchs betreiben. Dabei müssen zwingend die Bedürfnisse und Freiräume für die Familienpflichten eingeplant werden. Von Anfang an sollte ein spezifisches **Mentoring** erfolgen, wo Probleme frühzeitig besprochen und Ressourcen gefördert werden können. Gleichzeitig sollte auch den Teilzeit arbeitenden Ärztinnen frühzeitig **Forschungszeit** eingeplant werden, da sie das Ziel Habilitation sonst nie erreichen werden. Auch sollten die Mentees aktiv auf **bestehende unterstützende Forschungsgrants** wie der Flexibility Grant (Finanzielle Unterstützung zur externen

Kinderbetreuung) oder Protected Research Time for Clinicians (30% der Arbeitszeit kann in Forschung investiert werden) aufmerksam gemacht werden.

Es sollten unbedingt **Stellen für Leitende Ärztinnen in Teilzeit** gefördert werden. Wie den Interviews zu entnehmen ist, sind dies wahrscheinlich immer äusserst motivierte, gut organisierte und engagierte Mitarbeiterinnen. Idealerweise sollte das Jobsharing oder dann auf Ebene Leitende Ärztin das Topsharing bereits ab Stufe Oberärztin **ingeübt werden können**. Die Empfehlungen im theoretischen Teil dieser Arbeit sollten dabei zwingend berücksichtigt werden. Wer sich kennt und wem das Jobsharing-System geläufig ist, dem wird die erfolgreiche Implementierung besser gelingen. Mit dieser aktiven Karriereförderung sollte auch die **Führungsfunktion früher und sanfter an die Ärztinnen herangetragen** und somit angelernt werden.

### **8.3. Handlungsempfehlungen an die Universitätsleitung der Universität Bern**

Da ordentliche und ausserordentliche Professuren, welche die Klinikdirektorinnen und -direktoren des Inselspitals innehaben, von der Universität Bern verliehen werden und somit die Anstellung über die Universität Bern geht, gelten die Handlungsempfehlungen an die Spitalleitung ebenfalls an die Universitätsleitung der Universität Bern.

In den Richtlinien zur Anstellung von ordentlichen und ausserordentlichen Professorinnen und Professoren der Universität Bern (Täuber, 2011) wird im Artikel 1.3 die wissenschaftliche Nachwuchsförderung benannt, insbesondere des weiblichen Nachwuchses, und im Artikel 2.2.1 wird unter Personalführung auch auf die Verantwortung für die Gleichstellung und Chancengleichheit von Frau und Mann betont.

Es wäre in den Augen der Autorin eine gute **Möglichkeit, diese Formulierungen zu verdeutlichen, allenfalls die Förderung des Topsharings bei Teilzeitarbeitenden (weiblich und männlich) mit Familienpflichten zu verankern**.

Des Weiteren sollten zwingend die **Richtlinien bezüglich Jobsharing bei Professuren** (Täuber, 2015) **in einem Punkt angepasst werden**. Der Artikel 7 regelt das Ausscheiden des einen Jobsharing-Partners und definiert dies als Kündigungsgrund für den anderen Jobsharing-Partner – mit dem Vorbehalt des Angebots an den verbleibenden Partner, die Stelle zu 100% zu übernehmen. Da es in aller Regel triftige Gründe gibt für Teilzeitarbeit, ist dieser Artikel eine grosse Stolperfalle, welche sicherlich gewisse Topsharers von einer Bewerbung abhalten. **Es sollte eine neue Regelung formuliert werden**, dass für den verbleibenden Jobsharing-Partner die Möglichkeit besteht, in einem ersten Schritt eine/n qualifizierte(n) Nachfolger/in zu präsentieren. Denn die Aufgabe der Professorinnen und

Professoren ist ja die Nachwuchs-Förderung. Da sollte im Kreise der Leitenden Ärztinnen und Ärzte qualifiziertes Personal zu Verfügung stehen.

## 9. Fazit

Der Vergleich zwischen Theorie und Empirie/Praxis zeigt, dass die in der Literatur beschriebenen Voraussetzungen für ein gelingendes Topsharing in den Interviews bestätigt werden konnten. Jedoch waren die theoretischen Nachteile des Topsharings nicht als schwerwiegend beurteilt worden. Möglicherweise hat das damit zu tun, dass beide interviewten Topsharing-Paare ein seit Jahren eingespieltes Team sind. Der Mehraufwand für die Koordination und Kommunikation wurde als bereichernd beschrieben, da hier stets auch das Vier-Augen-Prinzip zur Geltung kommt und das stete Feedback auch Sicherheit gibt.

Die Autorin kommt zum Schluss, dass das Topsharing ganz klar eine Möglichkeit der Frauenförderung in Kaderpositionen in der Ärzteschaft ist, die Rahmenbedingungen für ein funktionierendes Topsharing müssen aber vorgängig klar definiert und die jeweiligen Aufgabenressorts aufgeteilt werden und idealerweise kennen sich die Sharing-Partner bereits vorgängig aus einem Jobsharing. Es braucht dazu aber zwingend die Bereitschaft des Arbeitgebers, diese Innovation zu fördern und die Mehrkosten zu tragen, was beim Status quo im Inselspital mit einem Kulturwandel verbunden ist.

Somit kommt den aktuellen Klinikdirektorinnen und -direktoren eine Schlüsselfunktion zu, denn es sind sie, die die Stellen so gestalten und die Personen entsprechend fördern und befördern können, um in Zukunft ein Topsharing-Paar als den eigenen möglichen Nachfolger zu präsentieren!

In Zukunft bräuchte es weitere Begleitforschung, um dieses Fazit zu bestätigen und die Situation insbesondere im universitären Setting verbessern zu können.

## 10. Reflexion

Die Fragestellung konnte mit der gewählten Methodik zufriedenstellend beantwortet werden. Die fehlende Literatur im spezifischen Umfeld der Ärzteschaft in einer Schweizer Universitätsklinik konnte teilweise mit dem Alltagswissen der Autorin aufgefangen werden. Ansonsten konnten die theoretischen Konzepte auf die spezielle Situation im Gesundheitswesen angewendet werden. Vor allem auch die Antworten in der empirischen Forschung haben zu einem grossen Teil zu den erarbeiteten Handlungsempfehlungen geführt.

Ein Punkt, der während der Erarbeitung dieser Masterthese immer deutlicher geworden ist, ist der notwendige Kulturwandel zur Erreichung der Frauenförderung mittels Topsharing. Dies würde bei den Umsetzungen der Empfehlungen sicherlich ein Hauptfokus sein. Veränderungen einer Kultur sind stets tiefgreifend und vielschichtig und brauchen viel Zeit. Sollte aber die Spitalleitung und/oder Universitätsleitung mit viel Engagement und Überzeugung diesen Kulturwandel in die Hand nehmen und diesen auch top-down umsetzen wollen, sollte einer Veränderung sicherlich nichts im Wege stehen. Denn einerseits ist der heutige Nachwuchs (Generation Y) oftmals bereits anders sozialisiert und Teilzeitarbeit und Familienarbeit bei Männern nichts Ungewöhnliches mehr. Andererseits haben doch über 50 % im Fragebogen angegeben, sie würden ein Topsharing in ihrer Position als entlastend erachten und 40 % haben die Führbarkeit ihrer Position im Topsharing als möglich erachtet.

Für die persönliche Situation der Autorin, welche auf Niveau Spitalfachärztin seit knapp 8 Jahren ein Jobsharing innehat, hat das Studium der Literatur ermutigt, diese Arbeitsform weiter zu optimieren und junge Kolleginnen und Kollegen auf dem Weg in ein Jobsharing mit theoretischem Wissen und praktischem Erfahrungsschatz zu unterstützen.

## 11. Erklärung

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Arbeit weder an der BFH noch an einer anderen Hochschule eingereicht habe;
- dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne andere als die angegebene fremde Hilfe und ohne Verwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe;
- dass sämtliche Textstellen, Abbildungen und Grafiken, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, als solche gekennzeichnet und mit dem genauen Hinweis auf ihre Herkunft versehen sind;
- dass mir die Richtlinie über den Umgang mit Plagiaten an der Berner Fachhochschule bekannt ist.

K. Tänzler

---

(Unterschrift)

## 12. Quellen

### 12.1. Literatur

- Abrell Brigitte (2015): Führen in Teilzeit, Springer Gabler, Wiesbaden
- Amstutz Nathalie / Jochem Annette (2014): Teilzeitarbeit und Jobsharing in der Schweiz, Ergebnisbericht der FHNW im Auftrag des Vereins PTO
- Bass Bernard M. / Riggio Ronald E. (2006): Transformational Leadership, Routledge, New Jersey
- Berthel Jürgen / Becker Fred G. (2010): Personal-Management, Schäffer-Poeschel, Stuttgart
- Emery Yves / Uebelhart Beat (2013): Effizienz und soziale Verantwortung, HRM-Dossier Nr. 60, SPEKTRAMedia, Zürich
- Hentze Joachim et al. (2005): Personalführungslehre – Grundlagen, Funktionen und Modelle der Führung, Haupt Bern, Stuttgart, Wien
- Holtbrügge Dirk (2010): Personalmanagement, Springer, Berlin Heidelberg
- Krone-Germann Irenka / de Chambrier Anne (2017): Praktischer Ratgeber Jobsharing. Verein PTO
- Kuark Julia K. (2003): Gemeinsam an die Spitze. Das Modell TopSharing. Broschüre der JKK Consulting
- Lombriser Roman / Abplanalp Peter A. (2015): Strategisches Management, Versus, Zürich
- Malik Fredmund (2000): Führen, Leisten, Leben, Campus, Frankfurt / New York
- Ritz Adrian / Thom Norbert (2018): Talent Management, Springer Gabler, Wiesbaden
- Steiger Thomas / Lippmann Eric (2013): Handbuch Angewandte Psychologie für Führungskräfte, Springer, Berlin Heidelberg
- Stock-Homburg, Ruth (2013): Personalmanagement, Theorien – Konzepte – Instrumente, Springer Gabler, Wiesbaden
- Thommen Jean-Paul (2016): Betriebswirtschaft und Management, Versus, Zürich

### 12.2. Fachzeitschriften

- Eagly Alice H. et al.: Transformational, transactional, and laissez-faire leadership styles: A meta-analysis comparing women and men, in Psychological Bulletin, Vol 129(4), Juli 2003: S. 569 - 591
- Hess Benjamin: Ein Drittel will Teilzeit arbeiten, in VSAO Journal Nr. 2, April 2016, S. 12 – 13

- Hostettler Stefanie / Kraft Esther: Wenig Frauen in Kaderpositionen. FMH-Ärztstatistik 2018, in Schweizerische Ärztezeitung 2019; 100(12): S. 411 – 416
- Panattoni Laura et al.: Patients report better satisfaction with part-time primary care physicians, despite less continuity of care and access, in Journal of General Internal Medicine 2014; 30(3): S. 327 - 333
- Parkerton Patricia H. et al.: Effect of part-time practice on patient outcomes, in Journal of General Internal Medicine, 2003; 18(9): S. 717 – 724
- Rickards Gretchen et al.: You can't fix by analysis what you've spoiled by design: Developing survey instruments and collecting validity evidence, in Journal of Graduate Medical Education, 2012; 4(4): S. 407 - 410

## 12.3. Internet

- <https://cdn-cl01.epaper.guru/content/222925b7-c7cd-488f-bda9-d3cf5fc4c096/55e1d8ab-4053-4fb3-be18-1326c924bd36/asset/download.pdf?sessionId=f1197747-fb0f-4a67-9343-3f32584ffab4&collectionGuid=d7723783-6a25-4ac7-af22-a3e0a2ae31f3> Carte Blanche im VITA-Magazin der Insel Gruppe AG 04/2018, S. 39 [Stand 3.9.2019]
- [https://www.unibe.ch/unibe/portal/content/e809/e810/e812/e824/e827/e522646/AktionsplanGleichstellungUniBE2017\\_20ohneAnhang\\_ger.pdf](https://www.unibe.ch/unibe/portal/content/e809/e810/e812/e824/e827/e522646/AktionsplanGleichstellungUniBE2017_20ohneAnhang_ger.pdf) Aktionsplan Gleichstellung der Universität Bern 2017 – 20, 4.10.2016 [Stand 3.9.2019]
- [https://www.unibe.ch/unibe/portal/fak\\_medizin/content/e17216/e110779/e470466/Gleichstellungsplan\\_MedFak\\_2016-19\\_PUBLIC\\_ger.pdf](https://www.unibe.ch/unibe/portal/fak_medizin/content/e17216/e110779/e470466/Gleichstellungsplan_MedFak_2016-19_PUBLIC_ger.pdf) Gleichstellungsplan Medizinische Fakultät 2016 – 2018/19 [Stand 3.9.2019]
- [http://adeccogroup.ch/wp-content/uploads/2019/01/fachkraeftemangel\\_index\\_schweiz\\_1018\\_de\\_v7.pdf](http://adeccogroup.ch/wp-content/uploads/2019/01/fachkraeftemangel_index_schweiz_1018_de_v7.pdf) Fachkräftemangel Index Schweiz 2018 der Adecco Group und smm [Stand 16.9.2019]
- [https://www.fmh.ch/files/pdf18/FMH\\_VSAO\\_2016\\_Schlussbericht\\_mit\\_FB.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf18/FMH_VSAO_2016_Schlussbericht_mit_FB.pdf) Der Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit, Schlussbericht vom 31.5.2016 einer Studie in Zusammenarbeit des gfs und Büro Vatter im Auftrag des VSAO und der FMH [Stand 16.9.2019]
- <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=162379> Dr. Wolfgang Martin im Deutschen Ärzteblatt 2014; 111(39), S. 2 – 4 [Stand 16.9.2019]
- [https://www.unibe.ch/unibe/portal/content/e152701/e332576/e332600/e357887/ul\\_rl\\_jobs\\_haring\\_ger.pdf](https://www.unibe.ch/unibe/portal/content/e152701/e332576/e332600/e357887/ul_rl_jobs_haring_ger.pdf) Richtlinien betreffend Jobsharing für Professuren an der Universität Bern vom 29.6.2015, Visum Prof. Dr. M. Täuber [Stand 16.9.2019]

[https://www.aerztinnenbund.de/downloads/6/Flyer\\_Doppelspitze.pdf](https://www.aerztinnenbund.de/downloads/6/Flyer_Doppelspitze.pdf) Umfrage unter habilitierten Internistinnen unter der Leitung von Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk [Stand 24.11.2019]

[https://www.unibe.ch/e152701/e322683/e325053/e323203/ul\\_rl\\_aufgaben\\_anstellung\\_prof\\_ger.pdf](https://www.unibe.ch/e152701/e322683/e325053/e323203/ul_rl_aufgaben_anstellung_prof_ger.pdf) Richtlinien zu Aufgaben und Anstellung von ordentlichen und ausserordentlichen Professorinnen und Professoren an der Universität Bern vom 23.08. / 20.12.2011, Visum Prof. Dr. M. Täuber [Stand 14.03.2020]

<https://www.schillingreport.ch/de/medienmitteilung-schillingreport-2020/> Datenerhebung zur Zusammensetzung der Geschäftsleitungen und Verwaltungsräte der rund 100 grössten Schweizer Arbeitgeber [Stand 14.03.2020]

## 12.4. Interviewpartner

**Dr. med. Cecini Ramona**, Stv. Chefärztin Chirurgie, Bürgerspital Solothurn (Interview gemeinsam mit Ringger), 15.10.2019. Thema: TopSharing im praktischen Alltag sowie Möglichkeiten und Limitationen im universitären Setting

**Dr. med. Ringger Annette**, Stv. Chefärztin Chirurgie, Bürgerspital Solothurn (Interview gemeinsam mit Cecini), 15.10.2019. Thema: TopSharing im praktischen Alltag sowie Möglichkeiten und Limitationen im universitären Setting

**Dr. med. von Orelli Stephanie**, Klinikdirektorin und Chefärztin Gynäkologie, Stadtspital Triemli, Zürich, 31.10.2019. Thema: TopSharing im praktischen Alltag sowie Möglichkeiten und Limitationen im universitären Setting

**Prof. Dr. med. Martin Fiedler**, Direktor und Chefarzt Universitätsinstitut für Klinische Chemie und Ärztlicher Direktor des Inselspitals, 25.02.2020. Thema: Mangel an weiblichen Führungspersonen in der Ärzteschaft des Inselspitals: Gründe und Verbesserungsmöglichkeiten

## 12.5. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Frauenanteil in Führungsfunktionen. Frauenanteil an allen Arbeitnehmenden ab 15 Jahren (Schweizerische Arbeitskräfteerhebung des BFS (SAKE) 2020)  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-frau-mann.assetdetail.11947066.html> [Stand 16.02.2020]

Abb. 2: Hauptverantwortung für die Hausarbeit in Paarhaushalten 2013 (Schweizerische

Arbeitskräfteerhebung des BFS (SAKE) 2014)

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/unbezahlte-arbeit/haus-familienarbeit.html> [Stand 03.10.2019]

Abb. 3: Führungskontinuum nach Tannenbaum und Schmidt (Steiger / Lippmann 2013, S. 42)

Abb. 4: Verhaltensgitter nach Blake und Mouton (1964):

<https://www.wirtschaftswissen.de/personal-und-arbeitsrecht/mitarbeiterfuehrung/fuehrungsinstrumente/fuehrungsstil-auf-die-richtige-einstellung-kommt-es-an/> [Stand 16.12.2019]

Abb. 5: Zehn Führungsrollen von Managern nach Mintzberg (1973):

<http://www.wirtschaftslexikon24.com/e/manager/manager.htm> [Stand 16.12.2019]

Abb. 6: Malik Führungsrad (2000):

<https://archived.malik-management.com/de/malik-ansatz/malik-basis-modelle>  
[Stand 16.12.2019]

## 12.6. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Vor- und Nachteile flexibler Arbeitszeitstrukturen (Berthel / Becker 2010, S. 522)

Tab. 2: Beschäftigungsgrad Ärztinnen im Inselspital (HR-Reporting Inselspital. Stand 31.12.2018)

Tab. 3: Beschäftigungsgrad Ärzte im Inselspital, eigene Darstellung (HR-Reporting Inselspital. Stand 31.12.2018)

Tab. 4: Vor- und Nachteile des Topsharings (Abrell 2010, S. 33 ff; Amstutz / Jochem 2014, S. 15 ff; Krone-Germann / de Chambrier 2017, S. 10)

Tab. 5: Anzahl weiblicher und männlicher Kaderärzte in den fünf Schweizer Universitätskliniken, eigene Darstellung (Angaben der Personalabteilungen der fünf Schweizer Universitäten)

Tab. 6: Geschlechteraufteilung der Kaderärzte nach Funktion, eigene Darstellung (Angaben der Personalabteilungen der fünf Schweizer Universitäten)

Tab. 7: Geschlechteraufteilung der Kaderärzte nach Universitätsklinik, eigene Darstellung (Angaben der Personalabteilungen der fünf Schweizer Universitäten)

## 13. Anhang

### 13.1. Interviewfragen Cecini/Ringger und von Orelli

- Wie ist das Topsharing geregelt / organisiert? Was ist der Beschäftigungsgrad und wie ist gemeinsame Anwesenheit/Übergabe geregelt?
- Was ist die effektive durchschnittliche Anwesenheit?
- Wie sind die Fachaufgaben aufgeteilt?
- Wie sind die Führungsaufgaben aufgeteilt?
- Wie ist die Akzeptanz des Topsharings im Team? Bei der Spitalleitung? Bei Patienten?
- Was sind wichtige Voraussetzungen für ein funktionierendes Topsharing?
- Was sind die Gründe für den geringen Frauenanteil in ärztlichen Führungspositionen?
- Wie lässt sich dieser Anteil erhöhen?
- Fokus Universitätsspital: Wäre dieses Topsharing auch in einer Uniklinik möglich?
- Ein Grund für geringen Frauenanteil laut Fragebogen: zu wenig geeignete Kandidatinnen. Wie lässt sich das verändern?
- Müssten Bedingungen für Habilitation wegen Mutterschaft/Teilzeitarbeit für Frauen anpassen?
- Braucht es eine Frauenquote?

### 13.2. Interviewfragen Fiedler

- Warum gibt es so wenig Frauen in den obersten Führungspositionen in der Ärzteschaft des Inseospitals, insbesondere vor dem Hintergrund der Überzahl der weiblichen Studiumabschlüsse seit 2005? Welches sind die Hauptfaktoren?
- Werden Frauen in Nachfolgekommissionen anders beurteilt als Männer?
- Da Chefärzte häufig aus Leitenden Ärzten rekrutiert werden, braucht es eine aktive Förderung der Leitenden Ärztinnen?
- Dies widerspiegelt sich auch im Fragebogen bei der Frage 8: Fehlende geeignete Kandidatinnen
- Wie soll das angepeilte Ziel weiblicher Besetzungen bei Professuren (25 %) und Assistenzprofessuren (40 %) erreicht werden?
- Braucht es dafür eine Frauenquote?
- Ist Führung teilbar? Wie?
- Wäre die regelmässige Abwesenheit beim Topsharing ein Problem?

- Ist die eigene Abwesenheit im Institut wegen der Aufgaben als Ärztlicher Direktor ein Problem im Alltag? Wie wurde die Vertretung im Institut organisiert?
- Ist Topsharing im Inselspital förderbar?
- Gibt es andere Möglichkeiten der Frauenförderung in der Ärzteschaft?